

Implementasi Hukum Kesehatan Menjamin Hak Pelayanan Kesehatan Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar (3T)

The Implementation of Health Law in Ensuring the Right to Health Services in Underdeveloped, Frontier, and Outermost Regions (3T)

Wijayono Hadi Sukrisno¹, Cita Tsaabiethah Agustria Sasti², Raja Malic³

¹ Fakultas Hukum, Universitas Pertiba, Pangkalpinang, Indonesia

² Magister Hukum, Universitas Semarang, Semarang, Indonesia

³ Faculty of Law, National University of Malaysia, Selangor, Malaysia
whsukrisno@gmail.com

Abstract

This study aims to analyze the implementation of health law in guaranteeing the right to healthcare services for communities in underdeveloped, frontier, and outermost (3T) regions and to identify the factors affecting its implementation. The study is motivated by persistent disparities in healthcare access despite the existence of a legal framework under Law Number 17 of 2023 on Health and its implementing regulations. This normative legal research employs statutory, conceptual, and case approaches with descriptive-analytical analysis of primary and secondary legal materials. The findings demonstrate that Article 28H paragraph (1) and Article 34 paragraph (3) of the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia, together with the Health Law, establish obligations for central and regional governments to guarantee healthcare services. Government Regulation Number 28 of 2024 and Presidential Regulation Number 72 of 2012 also regulate healthcare administration and the allocation of governmental authority to fulfill these rights. However, implementation remains ineffective due to institutional weaknesses and inadequate intergovernmental coordination affecting the distribution of health workers, facilities, financing, and access to services. The novelty of this study lies in demonstrating that the effectiveness of health-rights protection in 3T regions depends on institutional capacity to operationalize the division of authority between central and regional governments, rather than merely on the completeness of the regulatory framework.

Keywords: Health Law; Healthcare Rights; Implementation of Law; 3T Regions

Abstrak

Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi hukum kesehatan dalam menjamin hak pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) serta mengidentifikasi faktor yang memengaruhi pelaksanaannya. Penelitian dilatarbelakangi oleh masih adanya kesenjangan akses pelayanan kesehatan meskipun telah tersedia kerangka hukum melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan peraturan pelaksanaannya. Penelitian ini menggunakan metode hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan kasus serta analisis deskriptif-analitis terhadap bahan hukum primer dan sekunder. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 serta UU Kesehatan telah memberikan landasan kewajiban bagi pemerintah pusat dan daerah dalam menjamin pelayanan kesehatan. PP Nomor 28 Tahun 2024 dan Perpres Nomor 72 Tahun 2012 juga mengatur penyelenggaraan dan pembagian kewenangan dalam pemenuhan hak tersebut. Namun, implementasinya belum efektif karena kelemahan kelembagaan dan koordinasi antarpemerintahan yang berdampak pada distribusi tenaga kesehatan, fasilitas, pembiayaan, dan akses pelayanan. Kebaruan penelitian terletak pada penegasan bahwa efektivitas perlindungan hak kesehatan di daerah 3T bergantung pada kapasitas kelembagaan dalam mengoperasionalkan pembagian kewenangan pusat dan daerah, bukan semata-mata pada kelengkapan regulasi.

Kata kunci: Daerah 3T; Hak Pelayanan Kesehatan; Hukum Kesehatan; Implementasi Hukum

1. PENDAHULUAN

Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia (HAM) sekaligus tanggung jawab negara sebagai negara hukum dan negara kesejahteraan (*welfare state*). Prinsip tersebut ditegaskan dalam Pasal 28I ayat (4) UUD NRI Tahun 1945 yang menyatakan bahwa perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan HAM menjadi tanggung jawab negara, terutama pemerintah.¹ Ketentuan ini menegaskan kewajiban pemerintah untuk menjamin kesejahteraan masyarakat melalui penyelenggaraan negara yang berlandaskan konstitusi. Pemenuhan hak atas kesehatan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari jaminan HAM dan memerlukan peran aktif pemerintah, terutama setelah amandemen kedua UUD NRI Tahun 1945 yang memperkuat perlindungan hak asasi manusia. Pemenuhan hak tersebut hanya dapat diwujudkan melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menjangkau seluruh lapisan masyarakat secara setara.

Pelayanan kesehatan harus dapat diakses secara adil oleh seluruh masyarakat tanpa diskriminasi, termasuk masyarakat di wilayah terdepan, terluar, dan tertinggal (3T). Meskipun negara telah menjamin hak atas kesehatan melalui berbagai regulasi, implementasinya masih menghadapi tantangan besar, terutama di daerah 3T yang memiliki karakteristik geografis sulit dijangkau, keterbatasan infrastruktur, serta minimnya tenaga kesehatan. Tata kelola menjadi aspek penting untuk menjamin pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan secara merata. Tata kelola tidak sebatas penyediaan sarana dan prasarana kesehatan, tetapi juga meliputi penguatan kelembagaan, partisipasi masyarakat, serta sinkronisasi kebijakan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) menegaskan tanggung jawab negara, termasuk pemerintah daerah, dalam penyelenggaraan sistem kesehatan nasional yang mampu menjangkau daerah 3T. Kajian mengenai tata kelola pelayanan kesehatan di daerah 3T relevan karena masih dijumpai ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan primer, serta lemahnya koordinasi antarpemangku kepentingan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa efektivitas pelaksanaan kebijakan kesehatan tidak cukup bergantung pada pengaturan administratif, tetapi juga memerlukan penguatan kapasitas masyarakat dan penerapan tata kelola yang partisipatif serta berkelanjutan.²

Permasalahan tersebut tercermin dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di sejumlah daerah 3T yang masih menghadapi berbagai keterbatasan. Kasus konkret terjadi di Kabupaten Yahukimo, Papua Pegunungan, pada tahun 2025 ketika wabah demam berdarah *dengue* (DBD) mengakibatkan 51 orang meninggal dunia. Warga dari delapan kampung di Distrik Nipsan meminta pemerintah daerah segera melakukan penanganan

¹ Mau'izzatun Jannah et al., "Perlindungan Hak Individu Dan Tanggung Jawab Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Jiwa Dihubungkan Dengan Hak Asasi Manusia," *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Kebidanan Nusantara (JIKKN)* 1, no. 1 (2024): 1–19, <https://doi.org/10.62710/z3ysy546>.

² Mohammad Irfan and Shinta Andriyani, "Tata Kelola Masyarakat Pesisir Dalam Pemenuhan Hak Atas Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Pesisir Dan Pulau-Pulau Terluar," *Private Law* 6, no. 2 (2026): 610–25, <https://doi.org/10.29303/5jdecb60>.

karena pelayanan kesehatan belum tersedia secara memadai. Keterbatasan obat-obatan menyebabkan masyarakat hanya mengandalkan bantuan gereja dan pemuda setempat, sedangkan tenaga kesehatan dari Puskesmas Distrik Nipsan belum memberikan layanan sejak wabah mulai terjadi pada April 2025.³ Lemahnya akses layanan kesehatan, rendahnya kesiapsiagaan pemerintah daerah, serta belum optimalnya penyelenggaraan sistem kesehatan menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat di daerah 3T masih belum terlaksana secara efektif.

Data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya manusia (SDM) kesehatan masih belum mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan pelayanan. Pada triwulan I tahun 2025, rasio dokter di Indonesia mencapai 0,76 per 1.000 penduduk atau sekitar 216.132 dokter, masih berada di bawah standar Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebesar 1 dokter per 1.000 penduduk. Komposisi SDM kesehatan didominasi oleh perawat dan bidan, sedangkan sejumlah puskesmas masih mengalami kekurangan tenaga medis maupun tenaga kesehatan lain, seperti dokter, dokter gigi, tenaga sanitasi lingkungan, ahli gizi, tenaga laboratorium medis, tenaga farmasi, serta tenaga promosi kesehatan. Permasalahan tersebut tidak hanya berkaitan dengan jumlah, tetapi juga distribusi yang belum merata. Wilayah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan masih menghadapi keterbatasan tenaga kesehatan akibat kondisi geografis, rendahnya kapasitas fiskal daerah, serta kesulitan dalam rekrutmen dan retensi tenaga medis, terutama dokter spesialis.⁴ Ketimpangan tersebut berdampak pada kualitas pelayanan, akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, serta pemerataan pembangunan kesehatan di berbagai daerah.

Permasalahan tersebut tidak dapat dipandang semata-mata sebagai persoalan administrasi kesehatan, melainkan telah berkembang menjadi persoalan hukum karena berkaitan langsung dengan pemenuhan hak atas kesehatan sebagai hak konstitusional setiap warga negara. UUD NRI Tahun 1945, UU Kesehatan, serta berbagai instrumen hak asasi manusia menempatkan negara sebagai pihak yang memikul tanggung jawab untuk menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*), dan memenuhi (*to fulfill*) hak atas kesehatan. Kewajiban tersebut tidak berhenti pada pembentukan regulasi, tetapi juga mencakup penyediaan tenaga kesehatan yang memadai, pemerataan akses pelayanan, serta penyelenggaraan sistem kesehatan yang mampu menjangkau seluruh wilayah tanpa diskriminasi. Ketika masyarakat di daerah 3T masih mengalami keterbatasan pelayanan akibat ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, persoalan yang muncul tidak lagi sebatas kelemahan tata kelola administratif, melainkan mencerminkan belum optimalnya pelaksanaan kewajiban hukum negara dalam menjamin pemenuhan hak atas kesehatan secara adil dan merata.

³ Andi Adam Faturahman, "51 Orang Di Yahukimo Meninggal Karena DBD, Pemda Diminta Turun Tangan," *Tempo*, 2025.

⁴ Direktorat Penyediaan SDM Kesehatan and Direktorat Jenderal SDM Kesehatan, "Rencana Aksi Kegiatan 2025-2029," *Kementerian Kesehatan*, 2024.

Beberapa penelitian terdahulu telah mengkaji isu yang berkaitan dengan topik penelitian ini. Nurnaeni (2024) menganalisis perlindungan hukum terhadap pasien menggunakan metode hukum normatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengaturan hukum mengenai hak pasien telah tersedia, tetapi implementasinya masih menghadapi kendala berupa keterbatasan akses pelayanan, rendahnya pemahaman masyarakat terhadap hak pasien, serta belum optimalnya mekanisme perlindungan hukum. Kelebihan penelitian ini terletak pada pembahasan komprehensif mengenai perlindungan hukum pasien. Kekurangannya, penelitian lebih berorientasi pada hubungan pasien dan penyedia layanan kesehatan tanpa membahas tata kelola pemerintahan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah 3T.⁵

Reumy (2026) mengkaji implementasi hak atas kesehatan berdasarkan UU Kesehatan menggunakan metode hukum normatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa regulasi tersebut memperkuat jaminan hak atas kesehatan dan tanggung jawab pemerintah dalam penyelenggaraan sistem kesehatan nasional. Kelebihan penelitian ini terletak pada pembahasan mengenai penguatan hak konstitusional pasca berlakunya UU Kesehatan. Kekurangannya, penelitian belum mengulas tata kelola pelayanan kesehatan di daerah 3T dalam perspektif hukum administrasi negara serta belum membahas pelaksanaan kewenangan pemerintah daerah.⁶

Andriyani (2026) menelaah keterkaitan hukum kehutanan dengan pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat adat di daerah 3T menggunakan metode hukum normatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa regulasi kehutanan berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan sehingga diperlukan harmonisasi kebijakan lintas sektor. Kelebihan penelitian ini terletak pada penggunaan perspektif hak asasi manusia dalam menganalisis hak atas kesehatan masyarakat adat. Kekurangannya, penelitian berfokus pada rezim hukum kehutanan sehingga belum mengkaji tata kelola pelayanan kesehatan berdasarkan UU Kesehatan serta penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh pemerintah daerah.⁷

Kajian sebelumnya telah memberikan pemahaman bahwa pemenuhan hak atas kesehatan tidak hanya berkaitan dengan perlindungan terhadap pasien, tetapi juga mencakup pengakuan hak kesehatan sebagai hak konstitusional serta pengaruh kebijakan sektoral terhadap keterjangkauan pelayanan. Berdasarkan perkembangan kajian tersebut, masih dapat diidentifikasi tiga ruang penelitian yang perlu diperdalam. Pada aspek objek, belum terdapat kajian yang secara khusus dan menyeluruh menelaah penerapan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada

⁵ Nurnaeni Nurnaeni and Syamsul Bachri, "Peran Hukum Dalam Menjamin Hak Atas Kesehatan: Analisis Perlindungan Hukum Bagi Pasien Di Indonesia," *Jurnal Berita Kesehatan* 17, no. 2 (2024): 58–69, <https://doi.org/10.58294/jbk.v17i2.204>.

⁶ Ludia Jemima I. R. Reumy and Ika Fitrianita, "Implementasi Hak Atas Kesehatan Sebagai Hak Konstitusional Warga Negara Dalam Perspektif Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan," *Jurnal Wacana Sosial Nusantara* 2, no. 6 (2026), <https://doi.org/10.5281/zenodo.20759302>.

⁷ Shinta Andriyani and Mohammad Irfan, "Hak Atas Kesehatan Masyarakat Adat Di Kawasan Hutan Telaah Hukum Kesehatan Di Daerah Terdepan, Terluar, Tertinggal (3T)," *Private Law* 6, no. 1 (2026), <https://doi.org/10.29303/f7z3d875>.

daerah 3T. Pada aspek analisis, keterkaitan antara ketentuan hukum, distribusi kewenangan pemerintah pusat dan pemerintah daerah, serta tingkat keberhasilan penyelenggaraan pelayanan dalam mengurangi kesenjangan akses kesehatan di daerah 3T belum memperoleh analisis yang memadai. Pada aspek perspektif, penelitian sebelumnya cenderung menggunakan pendekatan perlindungan hukum, hak konstitusional, dan hak asasi manusia, sementara kajian dari sudut hukum administrasi negara yang menempatkan kewenangan pemerintahan sebagai sarana konkret dalam merealisasikan hak atas kesehatan masih relatif terbatas. Ruang kajian tersebut memiliki arti penting dalam perspektif hukum karena keberadaan regulasi yang memberikan jaminan hak tidak serta-merta menunjukkan bahwa kewajiban negara telah terlaksana secara efektif dan merata. Atas dasar itu, penelitian ini diarahkan untuk mengkaji penerapan hukum kesehatan dalam pemenuhan hak pelayanan kesehatan masyarakat di daerah 3T dengan menggunakan perspektif hukum administrasi negara, terutama melalui analisis terhadap pelaksanaan kewenangan pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kajian mengenai hak atas kesehatan masih berfokus pada perlindungan hukum pasien, implementasi hak konstitusional, serta pengaruh kebijakan sektoral terhadap akses pelayanan kesehatan. Kajian tersebut memberikan gambaran mengenai tanggung jawab negara dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, tetapi belum mengkaji implementasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dalam menjamin hak pelayanan kesehatan di daerah 3T melalui perspektif hukum administrasi negara. Analisis mengenai pelaksanaan kewenangan pemerintah, efektivitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan, serta kendala implementasi hukum kesehatan di daerah 3T juga masih terbatas. Kondisi tersebut menjadi kesenjangan penelitian sekaligus menunjukkan kebaruan penelitian ini.

Penelitian ini memberikan kontribusi ilmiah berupa pengembangan kajian hukum administrasi negara mengenai implementasi hukum kesehatan dalam menjamin hak pelayanan kesehatan di daerah 3T berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Hasil penelitian diharapkan menjadi dasar penguatan kebijakan serta penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih efektif dan merata. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi hukum kesehatan dalam menjamin hak pelayanan kesehatan di daerah 3T serta mengidentifikasi berbagai kendala yang memengaruhi pelaksanaannya.

2. METODE

Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif, Peter Mahmud Marzuki mengemukakan bahwa penelitian hukum normatif merupakan suatu proses yang bertujuan menemukan kaidah hukum, asas-asas hukum, serta doktrin-doktrin guna menjawab persoalan hukum yang dihadapi. Hasil dari proses tersebut diharapkan mampu melahirkan argumentasi, teori, ataupun konsep baru yang dapat dijadikan sebagai preskripsi dalam menyelesaikan permasalahan hukum.⁸ Penelitian ini menempatkan norma hukum sebagai

⁸ Gunardi Gunardi, *Buku Ajar Metode Penelitian Hukum*, ed. Murni Murni, 1st ed. (Jakarta: Damara Press, 2022).

objek utama kajian, dengan fokus pada implementasi hukum kesehatan dalam menjamin hak pelayanan kesehatan di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar. Analisis dilakukan terhadap berbagai ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur hak atas kesehatan serta tanggung jawab negara dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Kajian ini diarahkan untuk menelaah keselarasan antara norma hukum yang berlaku dengan pelaksanaannya di lapangan, khususnya dalam konteks penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Kabupaten Yahukimo sebagai salah satu daerah yang masuk dalam kategori 3T.

Penelitian ini bersifat deskriptif-analitis, yang memberikan gambaran mengenai objek penelitian berdasarkan bahan hukum dan referensi kepustakaan yang tersedia, kemudian menelaahnya secara terstruktur dan komprehensif.⁹ Pada penelitian ini memberikan pemaparan secara sistematis mengenai kerangka hukum pelayanan kesehatan di daerah 3T sekaligus menganalisis berbagai faktor yang memengaruhi implementasinya. Analisis dilakukan untuk mengukur sejauh mana regulasi di bidang kesehatan telah memberikan perlindungan terhadap pemenuhan hak atas layanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di wilayah dengan akses terbatas terhadap fasilitas dan layanan kesehatan.

Pendekatan perbandingan hukum dilakukan dengan membandingkan kerangka pengaturan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di wilayah terpencil Indonesia dengan Malaysia, khususnya dalam pemenuhan akses pelayanan kesehatan primer bagi masyarakat yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan. Malaysia dipilih sebagai negara pembanding karena memiliki wilayah pedesaan dan kawasan terpencil dengan tantangan geografis dalam penyediaan pelayanan kesehatan, serta memiliki mekanisme pelayanan yang dapat dikaji, antara lain melalui Klinik Kesihatan, Klinik Desa, dan layanan kesehatan bergerak. Perbandingan ini tidak dimaksudkan untuk menyamakan karakteristik geografis, sistem pemerintahan, atau sistem kesehatan kedua negara, melainkan untuk mengidentifikasi persamaan dan perbedaan dalam pengaturan tanggung jawab pemerintah, model penyediaan layanan, aksesibilitas fasilitas, distribusi tenaga kesehatan, dan mekanisme pelayanan bagi masyarakat di wilayah yang sulit dijangkau.¹⁰

Pendekatan perundang-undangan diterapkan untuk mengkaji ketentuan hukum yang menjadi landasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, terutama UUD NRI Tahun 1945, UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, PP Nomor 28 Tahun 2024, Perpres Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, serta berbagai regulasi terkait lainnya. Pendekatan konseptual digunakan untuk menelaah konsep hak atas kesehatan, negara kesejahteraan, perlindungan hukum, dan efektivitas hukum. Pendekatan kasus dilakukan

⁹ Jamaluddin, Rahman Syamsuddin, and Marilang, "Pendekatan Penelitian Dalam Kajian Hukum Dan Hukum Islam: Normatif, Empiris, Dan Pendekatan Hukum Islam," *Al-Zayn: Jurnal Ilmu Sosial & Hukum* 4, no. 2 (2026): 5311–16, <https://doi.org/10.61104/alz.v4i2.3859>.

¹⁰ Bintang Adi Putra et al., "Metodologi Penelitian Hukum Normatif Dalam Perspektif Konsep Dan Teknik Analisis Dalam Kajian Yuridis," *Jurnal Kajian Ilmiah Multidisipliner* 10, no. 4 (2026): 97–112.

dengan menelaah kondisi pelayanan kesehatan di Kabupaten Yahukimo sebagai representasi dari implementasi hukum kesehatan di daerah 3T.

Data yang dipergunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder, yang mencakup bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan, serta bahan hukum sekunder yang meliputi buku-buku dan jurnal-jurnal ilmiah yang relevan dengan pokok bahasan penelitian.¹¹ Bahan hukum primer mencakup peraturan perundang-undangan yang mengatur hak atas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Bahan hukum sekunder meliputi buku, artikel ilmiah, hasil penelitian, jurnal hukum, serta dokumen resmi yang membahas implementasi hukum kesehatan, pelayanan kesehatan di daerah 3T, dan kebijakan pemerintah di bidang kesehatan. Pengumpulan bahan hukum dilakukan melalui studi kepustakaan dengan menelaah berbagai peraturan perundang-undangan, literatur ilmiah, hasil penelitian terdahulu, dokumen kebijakan pemerintah, serta data pendukung yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah 3T.

Penelitian kualitatif sebagai penelitian yang dilakukan dalam *setting* alamiah untuk memahami secara mendalam fenomena yang terjadi, termasuk sebab dan prosesnya. Pendekatan ini bertumpu pada eksplorasi mendalam terhadap kasus tertentu, dengan tujuan membuat fakta mudah dipahami dan menghasilkan hipotesis baru.¹² Analisis bahan hukum dilakukan secara kualitatif dengan teknik deskriptif-analitis dan komparatif. Analisis dilaksanakan melalui inventarisasi dan klasifikasi bahan hukum, interpretasi terhadap norma yang mengatur hak atas kesehatan dan kewajiban pemerintah, serta identifikasi kesenjangan antara ketentuan normatif dan persoalan implementasi pelayanan kesehatan di wilayah 3T. Selanjutnya, perbandingan Indonesia dan Malaysia dilakukan berdasarkan aspek yang sama, yaitu kerangka regulasi, pembagian tanggung jawab pemerintahan, ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan, serta mekanisme menjangkau masyarakat di wilayah terpencil. Hasil perbandingan digunakan untuk mengidentifikasi praktik yang relevan dan menilai kemungkinan adaptasinya ke dalam konteks Indonesia dengan mempertimbangkan perbedaan sistem hukum, tata kelola pemerintahan, kondisi geografis, dan kapasitas sumber daya. Seluruh hasil analisis disintesis untuk merumuskan rekomendasi hukum dan kebijakan yang dapat memperkuat efektivitas pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah 3T.

¹¹ Bernadita Gea Puspita, "Perbandingan Hukum 'Right to Be Forgotten' Terkait Penyalahgunaan Data Pribadi Di Turki Dan Indonesia," *Jurnal Hukum, Politik Dan Kekuasaan* 5, no. 2 (2025): 130–49, <https://doi.org/10.24167/jhpk.v5i2.11430>.

¹² Dadang Sumarna and Ayyub Kadriah, "Penelitian Kualitatif Terhadap Hukum Empiris," *Jurnal Penelitian Serambi Hukum* 16, no. 2 (2023): 101–13, <https://doi.org/10.59582/sh.v16i02.730>.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Implementasi Hukum Kesehatan dalam Menjamin Hak Pelayanan Kesehatan di Daerah 3T

Hak atas pelayanan kesehatan merupakan hak konstitusional sekaligus bagian dari hak asasi manusia yang memperoleh jaminan dalam sistem hukum Indonesia.¹³ Kedudukan tersebut berlandaskan Pasal 1 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 yang menegaskan Indonesia sebagai negara hukum. Ketentuan tersebut mengandung makna bahwa seluruh penyelenggaraan pemerintahan harus dilaksanakan berdasarkan hukum sebagai instrumen untuk mewujudkan kepastian, keadilan, serta perlindungan terhadap hak warga negara. Dalam kerangka tersebut, hak atas kesehatan menjadi salah satu hak fundamental yang memiliki kedudukan penting dalam penyelenggaraan negara.

Jaminan konstitusional terhadap hak atas kesehatan diatur dalam Pasal 28H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 yang memberikan hak kepada setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan sebagai bagian dari kehidupan yang sejahtera. Hak tersebut tidak hanya dipahami sebagai akses terhadap pelayanan medis, tetapi juga mencakup tersedianya kondisi yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang optimal. Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia yang wajib dihormati, dilindungi, serta dipenuhi oleh negara melalui pembentukan regulasi, penyusunan kebijakan, penyediaan fasilitas pelayanan, maupun penyelenggaraan sistem kesehatan yang efektif.¹⁴ Kedudukan hak atas kesehatan sebagai hak fundamental menjadikannya prasyarat bagi pelaksanaan berbagai hak konstitusional lainnya.

Tanggung jawab negara memperoleh dasar konstitusional dalam Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 yang mengamanatkan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak. Amanat tersebut menegaskan kewajiban negara untuk menjamin terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan yang adil, merata, berkualitas, serta dapat dijangkau seluruh masyarakat. Pelaksanaan kewajiban tersebut kemudian dijabarkan dalam berbagai peraturan perundang-undangan, terutama UU Kesehatan, sebagai landasan hukum nasional bagi penyelenggaraan sistem kesehatan yang berorientasi pada pemenuhan hak atas kesehatan bagi setiap warga negara.¹⁵

Ketentuan Pasal 28H ayat (1) *juncto* Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 memberikan landasan konstitusional bagi negara untuk memastikan terpenuhinya hak masyarakat atas kesehatan. Jaminan tersebut tercermin melalui pengakuan terhadap hak setiap individu untuk memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal

¹³ Dhenisa Oktavia Irawan, Tantimin Tantimin, and Ampuan Situmeang, "Pelanggaran Hak Asasi Manusia Dan Pertanggungjawaban Pidana Korporasi Dalam Kasus Gagal Ginjal Akut Pada Anak Di Indonesia," *Jurnal USM Law Review* 8, no. 1 (2025): 215–34, <https://doi.org/10.26623/julr.v8i1.11297>.

¹⁴ Sri Setiawati et al., "Peran Negara Dalam Menjamin Hak Atas Kesehatan Sebagai Hak Konstitusional Warga Negara," *Jurnal Kolaboratif Sains* 9, no. 5 (2026), <https://doi.org/10.56338/jks.v9i5.10463>.

¹⁵ Habibur Rahman, "Hak Atas Kesehatan Sebagai Hak Yang Tidak Dapat Dibatasi Oleh Negara Beserta Implikasinya Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)," *Madania: Jurnal Hukum Pidana Dan Ketatanegaraan Islam* 15, no. 2 (2025): 11–20.

28H ayat (1), yang diperkuat dengan mandat kepada negara untuk menyediakan fasilitas kesehatan serta pelayanan umum yang layak berdasarkan Pasal 34 ayat (3). Konstruksi kedua norma tersebut menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan tidak cukup diwujudkan melalui pengakuan secara normatif, tetapi juga memerlukan penyediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat, termasuk masyarakat yang berada di daerah 3T.

Landasan konstitusional tersebut menjadi dasar pembentukan sistem hukum kesehatan nasional yang mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, termasuk di daerah 3T. Pengaturan tersebut juga tercermin dalam UU Kesehatan sebagai regulasi utama yang mengintegrasikan berbagai ketentuan sektor kesehatan. Pasal 4 UU Kesehatan menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, terjangkau, serta tanpa adanya diskriminasi. Pasal 7 mengatur tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam menjamin terselenggaranya upaya kesehatan yang berkesinambungan melalui penyediaan sumber daya kesehatan, fasilitas pelayanan, tenaga kesehatan, pembiayaan, serta penyelenggaraan sistem kesehatan yang efektif. Pengaturan tersebut menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan tidak hanya diposisikan sebagai kebijakan publik, melainkan sebagai kewajiban hukum negara yang harus diwujudkan melalui tindakan pemerintahan.

Perbandingan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia dan Malaysia memberikan perspektif tambahan untuk menilai efektivitas pemenuhan hak atas kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di wilayah dengan keterbatasan akses. Malaysia mengembangkan pelayanan kesehatan primer melalui jaringan Klinik Kesehatan, Klinik Desa, klinik bergerak (*mobile health clinics*), serta layanan dokter terbang (*Flying Doctor Services*) untuk menjangkau masyarakat di wilayah terpencil. Laporan Tahunan Kementerian Kesehatan Malaysia Tahun 2023 mencatat bahwa layanan klinik bergerak menerima sebanyak 311.654 kunjungan selama tahun tersebut, dengan penerima layanan yang mencakup masyarakat adat serta penduduk asli Sabah dan Sarawak. Model tersebut menunjukkan bahwa keterbatasan akses geografis dapat direspons melalui diversifikasi mekanisme pelayanan, tidak hanya dengan mengandalkan keberadaan fasilitas kesehatan permanen. Dalam konteks hukum administrasi negara, pendekatan ini penting karena pemenuhan hak atas kesehatan memerlukan tindakan pemerintahan yang disesuaikan dengan karakteristik geografis, demografis, dan kebutuhan masyarakat yang dilayani.

UU Kesehatan memberikan pengaturan yang lebih konkret mengenai tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam menjamin pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan. Pengakuan terhadap hak tersebut diikuti dengan pengaturan mengenai penyediaan sumber daya kesehatan, fasilitas pelayanan, tenaga kesehatan, pembiayaan, serta penyelenggaraan sistem kesehatan. Dari sisi substansi hukum, ketentuan tersebut telah membentuk landasan kewajiban yang relatif jelas bagi pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pelaksanaan kewajiban tersebut tetap menghadapi persoalan ketika dikaitkan dengan kondisi daerah 3T, sebab pemenuhan hak masyarakat sangat dipengaruhi oleh

kapasitas pemerintah dalam mengoperasionalkan kewenangan yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan.

Untuk menilai pelaksanaan kewajiban tersebut, penelitian ini menggunakan teori efektivitas hukum Soerjono Soekanto sebagai kerangka analisis. Efektivitas suatu ketentuan hukum tidak hanya ditentukan oleh keberadaan dan kecukupan norma, tetapi juga oleh interaksi antara unsur kelembagaan, ketersediaan sarana dan fasilitas, karakteristik masyarakat, serta nilai dan kebudayaan yang berkembang di dalamnya. Atas dasar kerangka tersebut, penerapan hukum kesehatan di daerah 3T dianalisis melalui lima faktor, yaitu substansi hukum, aparat atau kelembagaan, sarana dan fasilitas, masyarakat, dan kebudayaan. Pendekatan ini memungkinkan penilaian terhadap kesenjangan antara ketentuan hukum yang seharusnya berlaku dengan kondisi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berlangsung dalam praktik.

Pelaksanaan UU Kesehatan diperkuat melalui Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan tersebut mengatur penyelenggaraan upaya kesehatan, pelayanan kesehatan primer dan rujukan, pendayagunaan tenaga kesehatan, pembiayaan, sistem informasi kesehatan, serta penguatan pelayanan di daerah dengan keterbatasan akses. Pengaturan tersebut menempatkan daerah 3T sebagai bagian dari prioritas pembangunan kesehatan nasional melalui penyediaan tenaga kesehatan, peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan, pemanfaatan teknologi kesehatan, serta dukungan pembiayaan yang disesuaikan dengan karakteristik daerah. Kerangka pelaksanaannya selaras dengan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional yang menempatkan sistem kesehatan sebagai satu kesatuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, sumber daya kesehatan, pembiayaan, pemberdayaan masyarakat, serta tata kelola pemerintahan yang terpadu. Sistem tersebut dibangun untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia berdasarkan prinsip efektivitas, efisiensi, keberlanjutan, serta keadilan.

PP Nomor 28 Tahun 2024 dan Perpres Nomor 72 Tahun 2012 memperkuat pelaksanaan kewajiban pemerintah melalui pengaturan mengenai sumber daya kesehatan, penyelenggaraan pelayanan, pembiayaan, dan tata kelola sistem kesehatan. Kedua regulasi tersebut menyediakan landasan operasional bagi pemerintah untuk mewujudkan pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan melalui mekanisme penyelenggaraan yang telah ditetapkan. Keberadaan pengaturan tersebut belum sepenuhnya menghasilkan pemenuhan hak kesehatan bagi masyarakat 3T, sebab penerapannya sangat bergantung pada kapasitas pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam mengoordinasikan serta melaksanakan kewenangan sesuai karakteristik dan kebutuhan setiap wilayah.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan melalui pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah sesuai prinsip desentralisasi. Pemerintah pusat berwenang menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria penyelenggaraan kesehatan, merumuskan kebijakan nasional, mengembangkan sistem kesehatan, menjamin

ketersediaan sumber daya kesehatan, serta melakukan pembinaan dan pengawasan. Pemerintah daerah memegang tanggung jawab dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, pelaksanaan pelayanan kesehatan primer, pengelolaan program kesehatan masyarakat, serta pemenuhan kebutuhan kesehatan sesuai karakteristik wilayah.¹⁶ Pembagian kewenangan tersebut tidak dimaknai sebagai pemisahan tanggung jawab, melainkan sebagai bentuk sinergi penyelenggaraan urusan pemerintahan untuk menjamin terpenuhinya hak atas pelayanan kesehatan secara merata.

Secara yuridis, pembagian kewenangan telah menetapkan fungsi dan tanggung jawab pemerintah pusat serta pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pemerintah pusat berperan dalam merumuskan kebijakan, menjamin ketersediaan sumber daya, melakukan pembinaan, dan melaksanakan pengawasan, sementara pemerintah daerah bertugas menyelenggarakan pelayanan serta menyediakan kebutuhan kesehatan berdasarkan karakteristik daerah masing-masing. Penerapan pembagian kewenangan tersebut di daerah 3T masih menghadapi berbagai hambatan, seperti keterbatasan kapasitas pemerintah daerah, koordinasi antarpemerintahan yang belum optimal, kurangnya tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan, serta kendala geografis. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kejelasan pembagian kewenangan pada tingkat regulasi belum sepenuhnya diikuti oleh kapasitas pelaksanaan yang mampu menjamin pemenuhan hak pelayanan kesehatan masyarakat 3T secara efektif.

Prinsip pemerataan dan keadilan menjadi orientasi utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Hak setiap warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan mengandung konsekuensi bahwa negara¹⁷ wajib menghilangkan kesenjangan akses akibat kondisi geografis, keterbatasan infrastruktur, distribusi tenaga kesehatan, maupun kemampuan fiskal daerah. Daerah 3T memerlukan kebijakan afirmatif sebagai bentuk perlakuan yang proporsional guna mencapai kesetaraan pelayanan. Perspektif tersebut menegaskan bahwa keadilan tidak dimaknai sebagai pemberian perlakuan yang sama bagi seluruh wilayah, melainkan sebagai penyediaan pelayanan berdasarkan kebutuhan dan tingkat kesulitan masing-masing daerah. Efektivitas implementasi hukum kesehatan pada akhirnya diukur dari kemampuan negara menjamin pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah 3T melalui penyelenggaraan pemerintahan yang responsif, akuntabel, serta berorientasi pada kesejahteraan masyarakat.¹⁸

Implementasi pelayanan kesehatan di daerah 3T menjadi indikator pelaksanaan kewajiban negara dalam menjamin hak atas kesehatan. Keberhasilan implementasi tidak

¹⁶ Sudaryat Sudaryat, "Guarantee, Promotion and Ideas of Omnibus Law on Health in Indonesia Compared to Singapore and Taiwan," *Jurnal USM Law Review* 7, no. 3 (2024): 1374–93, <https://doi.org/10.26623/julr.v7i3.9728>.

¹⁷ Niken Astuti et al., "Perlindungan Hukum Terhadap Profesi Dokter Atas Tindakan Aborsi Korban Perkosaan Dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan," *Journal Juridisch* 3, no. 1 (2025): 76–90, <https://doi.org/10.26623/jj.v3i1.11400>.

¹⁸ Kara Megara Cakrawala, Jihan Naila Husna, and Aulia Azizah, "Pembentukan Affirmative Action Dan Optimalisasi Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) Dengan Layanan Telemedicine Berbasis Simple Triage Digital Guna Mencapai Pemerataan Pelayanan Kesehatan," in *Anthology: Inside Intellectual Property Rights* (Tangerang: UPH Faculty of Law, 2025), 73–106.

hanya ditentukan oleh keberadaan regulasi, melainkan juga efektivitas pelaksanaan kebijakan pada tingkat daerah. Daerah 3T memiliki karakteristik geografis, demografis, sosial, serta ekonomi yang berbeda dengan wilayah perkotaan sehingga memerlukan pendekatan kebijakan yang bersifat afirmatif. Kondisi tersebut berimplikasi pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan, terutama berkaitan dengan akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, obat-obatan, serta pelayanan rujukan.¹⁹ Pelaksanaan pelayanan kesehatan di daerah 3T memerlukan sinergi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, tenaga kesehatan, serta masyarakat guna menjamin terpenuhinya hak atas pelayanan kesehatan secara merata.

Kondisi pelayanan kesehatan di daerah 3T masih menghadapi berbagai keterbatasan. Hambatan geografis menyebabkan banyak wilayah sulit dijangkau melalui jalur darat, laut, maupun udara, sehingga distribusi tenaga kesehatan, obat, alat kesehatan, serta logistik pelayanan sering mengalami keterlambatan. Fasilitas pelayanan kesehatan primer belum sepenuhnya mampu memberikan pelayanan yang komprehensif akibat keterbatasan sarana, prasarana, peralatan medis, dan sumber daya pendukung. Pelayanan rujukan juga belum berjalan optimal karena jarak antarfasilitas kesehatan cukup jauh, keterbatasan transportasi, biaya perjalanan yang tinggi, serta belum meratanya pemanfaatan sistem rujukan berbasis digital.²⁰ Perbedaan kondisi tersebut menyebabkan kualitas pelayanan kesehatan di daerah 3T belum setara dengan daerah yang memiliki akses lebih baik.

Pemerataan tenaga kesehatan dilaksanakan melalui berbagai kebijakan pemerintah sebagai bagian dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah 3T. Upaya tersebut meliputi pendayagunaan tenaga kesehatan melalui penugasan khusus, Program Nusantara Sehat, pemberian insentif, peningkatan kompetensi, penyediaan rumah dinas, pengembangan karier, serta pemanfaatan skema penempatan berbasis kebutuhan daerah. Kebijakan tersebut bertujuan menjamin ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan primer maupun rujukan sehingga masyarakat memperoleh akses pelayanan yang setara.

Pelaksanaan kebijakan tersebut telah meningkatkan keberadaan tenaga kesehatan di sejumlah daerah 3T. Distribusi tenaga kesehatan belum sepenuhnya merata karena sebagian besar tenaga medis masih terkonsentrasi di daerah perkotaan. Kondisi tersebut menyebabkan beberapa daerah masih mengalami keterbatasan dokter, dokter spesialis, dokter gigi, tenaga kefarmasian, tenaga laboratorium medis, tenaga kesehatan lingkungan, ahli gizi, serta tenaga kesehatan masyarakat. Efektivitas implementasi pemerataan tenaga kesehatan juga dipengaruhi oleh kemampuan pemerintah daerah dalam menyediakan dukungan anggaran, fasilitas penunjang, lingkungan kerja yang memadai, serta kebijakan retensi untuk menjaga keberlanjutan penugasan tenaga kesehatan di daerah 3T.

¹⁹ Cakrawala, Husna, and Azizah.

²⁰ A Su'udi, R Putranto, and Harna, "Analisis Kondisi Geografis Dan Ketersediaan Peralatan Di Puskesmas Terpencil/Sangat Terpencil Di Indonesia," *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan* 16, no. 2 (2022), <https://doi.org/10.33860/jik.v16i2.1246>.

Ketersediaan fasilitas kesehatan merupakan bagian penting dalam implementasi pelayanan kesehatan di daerah 3T. Pelayanan kesehatan primer dilaksanakan melalui Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan dalam memberikan pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, serta menjadi pintu masuk sistem rujukan. Pelaksanaan pelayanan juga didukung oleh rumah sakit rujukan, fasilitas kesehatan lainnya, penyediaan obat, alat kesehatan, laboratorium, jaringan komunikasi, serta sarana transportasi untuk menjamin keberlangsungan pelayanan. Implementasi penyelenggaraan fasilitas kesehatan di daerah 3T masih menunjukkan variasi antarwilayah, terutama berkaitan dengan kapasitas pelayanan, kelengkapan sarana pendukung, serta jangkauan layanan rujukan.²¹ Kondisi tersebut berpengaruh terhadap efektivitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat secara cepat, berkelanjutan, dan merata.

Kondisi tersebut tercermin dalam kasus di Kabupaten Yahukimo, Papua Pegunungan, pada tahun 2025. Wabah demam berdarah dengue (DBD) mengakibatkan 51 orang meninggal dunia. Masyarakat di Distrik Nipsan mengalami keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan akibat belum tersedianya tenaga kesehatan, minimnya persediaan obat, serta belum optimalnya fungsi Puskesmas. Penanganan pasien lebih banyak dilakukan oleh gereja dan pemuda setempat. Pemerintah daerah baru menerima desakan masyarakat setelah jumlah korban terus bertambah.²² Fakta tersebut menunjukkan bahwa keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan belum diikuti oleh kesiapan sumber daya manusia, sarana pendukung, maupun respons penyelenggara pemerintahan dalam memberikan pelayanan kesehatan secara cepat dan efektif.

Perspektif hukum administrasi negara menempatkan implementasi kebijakan kesehatan sebagai bentuk pelaksanaan kewenangan pemerintahan dalam memenuhi hak konstitusional warga negara. UU Kesehatan, PP Nomor 28 Tahun 2024, serta Perpres Nomor 72 Tahun 2012 telah memberikan dasar normatif mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkeadilan, berkualitas, mudah diakses, serta berkesinambungan. Realitas di lapangan menunjukkan adanya perbedaan antara *das sollen* dan *das sein*. Norma hukum mewajibkan negara menjamin pemerataan pelayanan kesehatan hingga daerah 3T. Praktik penyelenggaraan masih memperlihatkan keterbatasan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan, sistem rujukan, pembiayaan operasional, transportasi, serta infrastruktur digital. Perbedaan tersebut mencerminkan bahwa pelaksanaan norma hukum belum sepenuhnya mencapai tujuan yang ditetapkan oleh pembentuk undang-undang.

Teori efektivitas hukum Soerjono Soekanto menunjukkan bahwa keberhasilan pelaksanaan hukum dipengaruhi oleh lima faktor, meliputi substansi hukum, aparat penegak hukum, sarana atau fasilitas, masyarakat, serta kebudayaan. Substansi hukum telah

²¹ Su'udi, Putranto, and Harna.

²² Faturahman, "51 Orang Di Yahukimo Meninggal Karena DBD, Pemda Diminta Turun Tangan," 2025.

memberikan dasar yang cukup melalui UU Kesehatan beserta peraturan pelaksanaannya.²³ Kendala utama justru terletak pada aspek kelembagaan, keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan, distribusi tenaga kesehatan, kemampuan fiskal daerah, kondisi geografis, serta rendahnya dukungan infrastruktur. Faktor-faktor tersebut menyebabkan efektivitas implementasi hukum belum berjalan optimal, terutama di daerah dengan tingkat keterisolasian yang tinggi.

Perspektif teori perlindungan hukum menempatkan negara sebagai subjek yang memiliki kewajiban menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*), serta memenuhi (*to fulfill*) hak atas kesehatan. Kewajiban tersebut menuntut tindakan nyata berupa penyediaan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat tanpa diskriminasi. Keterbatasan akses pelayanan kesehatan di daerah 3T menunjukkan bahwa perlindungan hukum belum sepenuhnya terwujud secara efektif. Hak atas kesehatan tidak cukup dijamin melalui pembentukan peraturan perundang-undangan, melainkan memerlukan implementasi kebijakan yang mampu memberikan manfaat nyata bagi masyarakat.

Berdasarkan analisis tersebut, implementasi hukum kesehatan belum sepenuhnya menjamin terpenuhinya hak pelayanan kesehatan masyarakat di daerah 3T. Kerangka normatif telah tersedia secara komprehensif. Pelaksanaan kebijakan masih menghadapi hambatan struktural, administratif, geografis, serta kelembagaan yang berdampak pada rendahnya akses, mutu, dan keberlanjutan pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut menunjukkan perlunya penguatan koordinasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, pemerataan tenaga kesehatan, peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan, optimalisasi pemanfaatan teknologi kesehatan, penguatan sistem rujukan, serta mekanisme pengawasan yang lebih efektif agar tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam UU Kesehatan dapat diwujudkan secara nyata di daerah 3T.

Apabila dibandingkan dengan kondisi pelayanan kesehatan di Kabupaten Yahukimo, khususnya Distrik Nipsan, persoalan utama yang teridentifikasi dalam penelitian ini bukan hanya keterbatasan fasilitas, melainkan juga belum optimalnya ketersediaan tenaga kesehatan, distribusi obat-obatan, koordinasi antarpemerintahan, dan respons terhadap keadaan darurat kesehatan. Pengalaman Malaysia dapat menjadi dasar untuk mempertimbangkan penguatan pelayanan kesehatan bergerak, penjadwalan kunjungan tenaga medis secara berkala, pengembangan layanan kesehatan jarak jauh sesuai ketersediaan infrastruktur komunikasi, serta pengintegrasian pelayanan primer dengan mekanisme rujukan. Namun, penerapan model tersebut di Indonesia harus disesuaikan dengan kondisi geografis daerah 3T, kapasitas fiskal pemerintah daerah, kebutuhan masyarakat adat, dan ketersediaan sarana transportasi. Dalam perspektif hukum administrasi negara, langkah tersebut perlu ditempatkan sebagai bentuk operasionalisasi kewajiban

²³ Cakrawala, Husna, and Azizah, "Pembentukan Affirmative Action Dan Optimalisasi Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) Dengan Layanan Telemedicine Berbasis Simple Triage Digital Guna Mencapai Pemerataan Pelayanan Kesehatan."

pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk menjamin pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, terjangkau, dan nondiskriminatif. Oleh karena itu, pembelajaran dari Malaysia memperkuat argumentasi bahwa efektivitas implementasi hukum kesehatan tidak cukup diukur dari kelengkapan peraturan, tetapi juga dari kemampuan pemerintah menerjemahkan kewajiban hukum menjadi mekanisme pelayanan yang nyata, berkelanjutan, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Perbandingan ini sekaligus menegaskan bahwa penguatan pelayanan kesehatan di daerah 3T memerlukan pendekatan yang menggabungkan kepastian hukum, kapasitas kelembagaan, dan inovasi pelayanan. Pemerintah perlu mengembangkan kebijakan afirmatif berdasarkan tingkat keterisolasian wilayah, menetapkan indikator kinerja pelayanan yang terukur, serta memperkuat koordinasi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, dan masyarakat. Indikator tersebut dapat mencakup ketersediaan tenaga kesehatan, keteraturan pelayanan, kecukupan obat-obatan, waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan, serta kecepatan respons terhadap keadaan darurat. Dengan demikian, perbandingan dengan Malaysia tidak sekadar memperluas cakupan geografis pembahasan, tetapi memberikan landasan analitis untuk merumuskan penguatan tata kelola pelayanan kesehatan di Indonesia berdasarkan prinsip pemerataan, keadilan, efektivitas, dan akuntabilitas.

3.2 Kendala dalam Implementasi Hukum Kesehatan untuk Menjamin Hak Pelayanan Kesehatan di Daerah 3T

Indonesia telah memiliki kerangka hukum kesehatan yang tergolong lengkap melalui UU Kesehatan, PP Nomor 28 Tahun 2024, Perpres Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, serta UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Regulasi-regulasi tersebut pada hakikatnya telah menyediakan landasan normatif yang menjamin hak setiap warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau, sekaligus menegaskan kewajiban negara dalam menyelenggarakannya. Akan tetapi, efektivitas hukum tidak semata-mata ditentukan oleh ada atau tidaknya peraturan perundang-undangan, melainkan juga oleh sejauh mana norma tersebut dapat diimplementasikan secara nyata di tengah masyarakat.²⁴ Realitas di daerah 3T memperlihatkan bahwa jaminan hukum terhadap hak pelayanan kesehatan belum berjalan sebagaimana mestinya. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara *das sollen* sebagai keadaan ideal yang digariskan oleh hukum dan *das sein* sebagai kenyataan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan..

Kondisi tersebut dapat dianalisis berdasarkan lima faktor efektivitas hukum Soerjono Soekanto. Faktor substansi hukum berkaitan dengan kecukupan dan kejelasan norma yang mengatur pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan; faktor aparat atau kelembagaan berkaitan dengan kemampuan pemerintah pusat dan daerah dalam melaksanakan

²⁴ Nurnaeni and Syamsul Bachri, "Kesehatan Masyarakat Dan Tanggung Jawab Hukum Negara," *Jurnal Berita Kesehatan* 18, no. 2 (2025): 265–80, <https://doi.org/10.58294/jbk.v18i2.329>.

kewenangannya; faktor sarana dan fasilitas berkaitan dengan ketersediaan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan, obat, transportasi, dan infrastruktur pendukung; faktor masyarakat berkaitan dengan kemampuan dan akses masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan; sedangkan faktor kebudayaan berkaitan dengan nilai, kebiasaan, dan pola kehidupan yang memengaruhi penerimaan terhadap pelayanan kesehatan. Kelima faktor tersebut menunjukkan bahwa kendala implementasi hukum kesehatan di daerah 3T bersifat multidimensional dan saling berkaitan.

Belum optimalnya koordinasi antarlembaga menjadi salah satu hambatan utama dalam implementasi hukum kesehatan di daerah 3T.²⁵ Pasal 7 UU Kesehatan menegaskan bahwa tanggung jawab penyelenggaraan kesehatan, yang mencakup perencanaan, pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta penyediaan sumber daya kesehatan secara berkelanjutan, berada pada pemerintah pusat dan pemerintah daerah.²⁶ Ketentuan ini mengindikasikan bahwa pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan tidak hanya menjadi beban pemerintah pusat, melainkan juga merupakan kewajiban pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya. Pelaksanaan tanggung jawab tersebut masih menghadapi sejumlah kendala, terutama dalam hal koordinasi antarinstansi yang terlibat. Penyelenggaraan program kesehatan sering melibatkan berbagai pihak, mulai dari kementerian teknis, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten, dinas kesehatan, rumah sakit, puskesmas, hingga lembaga nonpemerintah. Banyaknya pemangku kepentingan yang terlibat menuntut adanya mekanisme koordinasi yang terpadu agar kebijakan dapat berjalan efektif. Koordinasi yang belum optimal sering kali berakibat pada lambatnya proses pengambilan keputusan, tertundanya distribusi bantuan kesehatan, serta rendahnya efektivitas pelayanan kesehatan di wilayah dengan akses yang terbatas.

Kompleksitas koordinasi dalam implementasi hukum kesehatan semakin terlihat ketika dikaitkan dengan pembagian urusan pemerintahan sebagaimana diatur dalam UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Pasal 12 ayat (1) menegaskan bahwa sektor kesehatan termasuk dalam kategori urusan pemerintahan wajib yang bersifat pelayanan dasar, yang menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Kebijakan ini dirancang untuk mendorong efektivitas pelayanan kesehatan melalui penerapan asas desentralisasi, yang membagi kewenangan secara berjenjang antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota.²⁷ Kendati demikian, dalam pelaksanaannya, pembagian kewenangan tersebut masih dihadapkan pada berbagai persoalan koordinasi, terutama di daerah 3T. Keterbatasan anggaran, minimnya tenaga kesehatan, serta kurangnya sarana dan

²⁵ Anggind Grandika Andromeda, "Penegakan Hukum Terhadap Pelanggaran Pengelolaan Limbah Medis Oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Di Daerah 3T," *Jurnal Pendidikan Indonesia* 6, no. 6 (2025): 3011–20, <https://doi.org/10.59141/japendi.v6i6.7962>.

²⁶ Netanael Tampubolon, Hisar Siregar, and Kasman Siburian, "Tanggung Jawab Negara Terhadap Jaminan Kesehatan Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia," *Nommensen Journal of Constitutional and Administrative Law* 1, no. 1 (2022): 25–34.

²⁷ Muh Tahir, A Melantik Rompegading, and Ali Rahman, "Analisis Hukum Peran Pemerintah Daerah Dalam Penyediaan Layanan Kesehatan Reproduksi Di Kota Makassar," *Jurnal Ilmu Hukum "THE JURIS"* 9, no. 2 (2025): 395–402, <https://doi.org/10.56301/juris.v9i2.1785>.

prasarana menjadi kendala yang sering dihadapi pemerintah daerah. Untuk mengatasi hal tersebut, diperlukan intervensi dan dukungan dari pemerintah pusat. Akan tetapi, proses penyaluran bantuan tersebut kerap terhambat oleh prosedur birokrasi yang berbelit dan koordinasi lintas sektor yang belum berjalan sinergis, sehingga respons terhadap situasi darurat kesehatan menjadi tidak optimal. Akibatnya, penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah 3T belum berjalan efektif, dan masyarakat masih terus menghadapi kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan yang layak dan memadai.

Hambatan koordinasi yang terjadi juga mencerminkan bahwa implementasi Sistem Kesehatan Nasional sebagaimana diatur dalam Perpres Nomor 72 Tahun 2012 belum mencapai tujuan yang diharapkan. Sistem ini dirancang sebagai suatu tatanan yang terintegrasi, yang mengandalkan sinergi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, dan masyarakat.²⁸ Sinergi ini ditujukan untuk memastikan setiap elemen berfungsi secara harmonis demi terwujudnya pelayanan kesehatan yang merata di seluruh penjuru negeri. Namun, realitas di lapangan menunjukkan bahwa koordinasi lintas sektor masih terkendala oleh berbagai faktor, seperti perbedaan prioritas kebijakan, belum terintegrasinya sistem informasi kesehatan secara nasional, lemahnya sinkronisasi data antarinstansi, serta mekanisme pengawasan yang belum berjalan optimal. Kondisi ini mengakibatkan banyak kebijakan kesehatan tidak terlaksana secara efektif, terutama di wilayah yang secara geografis terpencil dan kekurangan infrastruktur. Dengan demikian, permasalahan implementasi hukum kesehatan di daerah 3T tidak semata-mata bersumber dari aspek normatif, melainkan juga dipengaruhi oleh kelemahan koordinasi antarlembaga dalam menjalankan norma hukum tersebut.

Di samping kendala kelembagaan, pelaksanaan hukum kesehatan di daerah 3T juga dihadapkan pada persoalan ketersediaan dan distribusi tenaga kesehatan yang belum merata. Tenaga kesehatan memegang peranan sentral dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan karena mereka menjadi garda terdepan dalam menjalankan berbagai program, baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Tanpa keberadaan tenaga kesehatan yang cukup, berbagai ketentuan hukum yang menjamin hak atas pelayanan kesehatan tidak akan dapat direalisasikan secara konkret.²⁹ Pemerintah memiliki kewajiban untuk menjamin ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten dan tersebar secara adil di seluruh wilayah, sebagaimana diamanatkan dalam UU Kesehatan dan PP Nomor 28 Tahun 2024. Realitas di lapangan menunjukkan bahwa distribusi tenaga kesehatan di Indonesia masih timpang, dengan konsentrasi yang sangat tinggi di perkotaan. Mayoritas tenaga medis, termasuk dokter spesialis, dokter umum, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya, masih terpusat di kota-kota besar dengan fasilitas kesehatan yang lebih memadai

²⁸ Septy Zahrawi Kirana, Ascobat Gani, and Lukman Hakim, "Implementasi Ketahanan Kesehatan Nasional: Studi Kasus Pelaksanaan Program Inovasi Bidang Kesehatan Di Provinsi DKI Jakarta," *Jurnal Keamanan Nasional* 8, no. 2 (2022): 376–94, <https://doi.org/10.31599/fftrqr04>.

²⁹ Wilem Reinhart Ridolof Pomeo and Eko Winarti, "Dinamika Implementasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan Di Daerah Terpencil: Tantangan Dan Realitas Lapangan," *Jurnal Kesehatan Tambusai* 5, no. 1 (2024): 2309–29, <https://doi.org/10.31004/jkt.v5i1.26883>.

dan menawarkan prospek pengembangan karier yang lebih luas, sementara daerah 3T justru mengalami kekurangan yang signifikan.

Ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan tidak terlepas dari sejumlah faktor yang memengaruhi kesediaan mereka bertugas di wilayah terpencil. Kondisi geografis yang sulit dijangkau, terbatasnya fasilitas dan sarana pendukung pekerjaan, kurangnya akses pendidikan bagi keluarga, serta rendahnya fasilitas penunjang kehidupan sehari-hari menjadi alasan utama yang menyebabkan banyak tenaga kesehatan enggan ditempatkan di daerah 3T. Kebijakan penempatan tenaga kesehatan yang selama ini berjalan cenderung bersifat jangka pendek dan belum diarahkan pada pembangunan sistem distribusi yang berkelanjutan. Hal ini menyebabkan banyak daerah mengalami rotasi tenaga kesehatan dalam waktu yang singkat, sehingga kontinuitas pelayanan kesehatan menjadi terganggu. Dampaknya, kualitas pelayanan kesehatan menurun, waktu tunggu pasien semakin lama, cakupan layanan semakin terbatas, dan kemampuan fasilitas kesehatan dalam menangani kasus-kasus darurat menjadi berkurang.

Keterbatasan tenaga kesehatan juga menghambat pelaksanaan program kesehatan masyarakat yang memerlukan keberlanjutan. Di daerah 3T, tenaga kesehatan tidak hanya bertanggung jawab memberikan pelayanan pengobatan, tetapi juga menjalankan kegiatan promotif dan preventif, seperti penyuluhan kesehatan, imunisasi, pemantauan gizi, pengendalian penyakit menular, dan pembinaan lingkungan sehat. Ketika jumlah tenaga kesehatan tidak mencukupi, berbagai program tersebut sering kali tidak berjalan optimal karena tenaga kesehatan lebih banyak terserap pada pelayanan kuratif bagi pasien yang datang ke fasilitas kesehatan. Akibatnya, upaya pencegahan penyakit menjadi kurang efektif, dan berbagai masalah kesehatan yang seharusnya dapat dicegah berkembang menjadi persoalan yang lebih besar. Kondisi ini menunjukkan bahwa keterbatasan tenaga kesehatan tidak hanya memengaruhi mutu pelayanan medis, tetapi juga berdampak pada efektivitas implementasi kebijakan kesehatan secara keseluruhan.

Persoalan sumber daya manusia bukanlah satu-satunya kendala dalam pelaksanaan hukum kesehatan di daerah 3T. Sarana, prasarana, dan kondisi geografis turut menjadi hambatan yang tidak kalah penting.³⁰ Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan menjadi syarat mutlak bagi terwujudnya hak atas pelayanan kesehatan sebagaimana dijamin dalam UU tentang Kesehatan. Pemerintah telah menunjukkan komitmennya melalui pembangunan puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya di berbagai penjuru daerah. Namun, pemerataan sarana dan prasarana kesehatan masih menjadi pekerjaan rumah yang belum tuntas. Sebagian besar daerah 3T masih kekurangan fasilitas kesehatan yang memadai, baik dari sisi jumlah maupun mutu layanan. Banyak puskesmas yang belum dilengkapi dengan laboratorium, peralatan diagnostik, ruang rawat inap yang layak, maupun pasokan obat-obatan esensial. Akibatnya, pelayanan kesehatan yang tersedia belum mampu menjawab

³⁰ Rahman, "Aksesibilitas, Ketersediaan Tenaga Kerja, Dan Ketersediaan Fasilitas Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Wilayah Pesisir: Literature Review," *Jurnal Kendari Kesehatan Masyarakat (JKKM)* 4, no. 3 (2025): 136–52, <https://doi.org/10.37887/jkkm.v4i3.1450>.

kebutuhan masyarakat secara menyeluruh, terutama dalam menangani penyakit yang memerlukan diagnosis cepat dan tindakan medis yang lebih rumit. Realitas ini menunjukkan bahwa jaminan normatif atas hak pelayanan kesehatan belum diimbangi dengan penyediaan sarana dan prasarana yang mencukupi.

Kondisi geografis yang khas di daerah 3T turut memperumit persoalan implementasi hukum kesehatan. Sebagian besar daerah tersebut berada di kawasan pegunungan, kepulauan, perbatasan, atau wilayah dengan akses transportasi yang sangat terbatas. Mobilitas tenaga kesehatan, distribusi obat-obatan, alat kesehatan, vaksin, dan logistik kesehatan menjadi jauh lebih sulit, memakan waktu lebih lama, dan memerlukan biaya yang lebih tinggi dibandingkan dengan daerah perkotaan. Hambatan geografis ini juga berdampak pada sistem rujukan pelayanan kesehatan. Pasien yang memerlukan penanganan lanjutan sering kali harus menempuh perjalanan panjang, bahkan berhari-hari, untuk menjangkau rumah sakit dengan fasilitas yang lebih lengkap. Dalam situasi darurat, keterlambatan ini dapat memperburuk kondisi pasien dan meningkatkan angka kematian. Dengan demikian, hambatan geografis bukan semata persoalan teknis, melainkan faktor strategis yang secara langsung memengaruhi efektivitas pelaksanaan hukum kesehatan dalam melindungi hak masyarakat atas pelayanan kesehatan.

Sumber daya manusia, dan infrastruktur, kondisi sosial dan ekonomi masyarakat turut menjadi penentu keberhasilan implementasi hukum kesehatan di daerah 3T. Tingkat kesejahteraan yang relatif rendah membuat masyarakat kesulitan memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal. Meskipun pemerintah telah menyediakan berbagai skema pembiayaan kesehatan, masyarakat di wilayah terpencil masih terbebani oleh biaya tidak langsung, seperti transportasi, akomodasi, dan hilangnya pendapatan selama menjalani pengobatan. Beban ekonomi ini kerap mendorong masyarakat untuk menunda pemeriksaan kesehatan atau baru mencari pertolongan medis ketika kondisi penyakit sudah parah. Realitas ini menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh keberadaan fasilitas kesehatan, tetapi juga oleh kemampuan masyarakat dalam mengakses layanan tersebut.

Tingkat pendidikan dan literasi kesehatan masyarakat turut memengaruhi efektivitas pelaksanaan hukum kesehatan di daerah 3T. Sebagian besar masyarakat di wilayah tersebut masih memiliki pemahaman yang terbatas mengenai pentingnya pencegahan penyakit, pola hidup bersih dan sehat, imunisasi, serta deteksi dini terhadap berbagai penyakit menular. Rendahnya literasi kesehatan menyebabkan masyarakat sering kali terlambat menyadari gejala penyakit, sehingga penanganan medis baru dilakukan setelah kondisi pasien mengalami komplikasi. Di beberapa komunitas adat, pengobatan tradisional masih menjadi pilihan utama sebelum masyarakat menggunakan fasilitas kesehatan formal. Meskipun praktik tersebut merupakan bagian dari nilai budaya yang patut dihormati, keterlambatan dalam memperoleh layanan medis dapat meningkatkan risiko komplikasi. Implementasi hukum kesehatan tidak cukup hanya dengan menyediakan regulasi dan fasilitas pelayanan

kesehatan, melainkan juga harus diiringi dengan upaya peningkatan edukasi kesehatan yang berkesinambungan kepada masyarakat.

Berbagai hambatan tersebut terejawantahkan dalam peristiwa wabah demam berdarah dengue di Kabupaten Yahukimo, Papua Pegunungan. Pemberitaan media melaporkan bahwa wabah tersebut telah merenggut sedikitnya 51 jiwa dan mendorong berbagai pihak untuk mendesak pemerintah daerah agar segera mengambil tindakan penanganan yang lebih responsif.³¹ Kejadian ini mengindikasikan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah 3T masih menghadapi persoalan mendasar, khususnya ketika harus merespons situasi gawat darurat yang menuntut kecepatan, koordinasi yang baik, serta didukung oleh sumber daya kesehatan yang memadai. Jumlah korban jiwa yang tinggi tidak cukup dipahami semata sebagai akibat dari penyebaran penyakit DBD, melainkan juga perlu dimaknai sebagai cerminan belum optimalnya sistem pelayanan kesehatan dalam memberikan perlindungan terhadap hak masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang cepat, tepat, dan bermutu.

Kasus di Yahukimo memperlihatkan bahwa berbagai kendala dalam implementasi hukum kesehatan tidak berdiri sendiri, melainkan saling terkait dan memperkuat satu sama lain. Kondisi geografis yang sulit dijangkau menyebabkan distribusi obat-obatan, alat kesehatan, maupun tenaga medis memerlukan waktu lebih lama dibandingkan daerah lainnya. Pada saat yang sama, terbatasnya jumlah tenaga kesehatan menyebabkan kapasitas pelayanan menjadi tidak sebanding dengan lonjakan pasien selama masa wabah. Fasilitas kesehatan yang tersedia juga memiliki keterbatasan dalam melakukan diagnosis, observasi, maupun perawatan pasien dengan komplikasi berat, sehingga sebagian pasien harus dirujuk ke fasilitas lain yang lokasinya relatif jauh. Rangkaian kondisi ini mengindikasikan bahwa tingginya angka kematian tidak semata-mata disebabkan oleh karakteristik penyakit, tetapi juga merupakan cerminan dari belum optimalnya kesiapan sistem pelayanan kesehatan dalam menghadapi keadaan darurat di daerah 3T.

Pasal 7 UU Kesehatan menegaskan bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah memiliki tanggung jawab bersama dalam menjamin terselenggaranya upaya kesehatan melalui penyediaan sumber daya, pelayanan, pembiayaan, dan pengelolaan sistem kesehatan yang berkelanjutan. Ketentuan ini menunjukkan bahwa keberadaan regulasi saja tidak cukup; pemerintah juga harus memastikan seluruh komponen penyelenggaraan kesehatan berfungsi secara efektif ketika masyarakat membutuhkan pelayanan. Apabila pelayanan kesehatan tidak dapat diberikan secara optimal karena lemahnya koordinasi, keterbatasan tenaga kesehatan, maupun minimnya fasilitas, maka tujuan pembentukan norma hukum untuk memberikan perlindungan terhadap hak atas kesehatan belum sepenuhnya tercapai.

Analisis yang sama dapat diterapkan pada UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang menempatkan urusan kesehatan sebagai urusan pemerintahan

³¹ Andi Adam Faturahman, "51 Orang Di Yahukimo Meninggal Karena DBD, Pemda Diminta Turun Tangan," *Tempo.Co.*, 2026.

wajib terkait pelayanan dasar. Pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah dimaksudkan agar pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan secara lebih efektif sesuai dengan karakteristik masing-masing wilayah. Kasus Yahukimo menunjukkan bahwa pembagian kewenangan tersebut belum selalu diikuti oleh kesiapan sumber daya, kapasitas fiskal daerah, dan koordinasi antarpemerintah dalam menghadapi darurat kesehatan. Akibatnya, pemerintah daerah sering kali mengalami keterbatasan dalam melakukan penanganan secara cepat, sementara dukungan dari pemerintah pusat memerlukan mekanisme koordinasi yang tidak sederhana. Kondisi ini mengindikasikan bahwa efektivitas desentralisasi bidang kesehatan masih memerlukan penguatan, terutama bagi daerah dengan karakteristik geografis dan sosial yang berbeda dari wilayah lain di Indonesia.

Untuk mengoptimalkan implementasi hukum kesehatan di daerah 3T, diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif. Pemerintah perlu memperkuat koordinasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagaimana diamanatkan dalam Perpres Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional agar setiap program kesehatan dapat berjalan secara terpadu. Pemerataan distribusi tenaga kesehatan juga harus dilakukan melalui pemberian insentif, pengembangan jenjang karier, dan penyediaan fasilitas penunjang bagi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah 3T. Pembangunan sarana dan prasarana kesehatan perlu disesuaikan dengan karakteristik geografis wilayah, termasuk penguatan sistem rujukan, transportasi kesehatan, dan pemanfaatan teknologi kesehatan. Peningkatan literasi kesehatan masyarakat melalui edukasi yang berkelanjutan juga diperlukan agar masyarakat memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai pencegahan penyakit dan pentingnya memperoleh pelayanan kesehatan sejak dini. Dengan langkah-langkah tersebut, implementasi hukum kesehatan tidak hanya berhenti pada tataran normatif, tetapi benar-benar mampu mewujudkan perlindungan hukum terhadap hak atas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, termasuk mereka yang berada di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar.

4. PENUTUP

Implementasi hukum kesehatan dalam menjamin hak pelayanan kesehatan di daerah 3T pada dasarnya telah didukung oleh kerangka regulasi yang komprehensif melalui UU Kesehatan beserta peraturan pelaksanaannya. Namun demikian, pelaksanaan ketentuan tersebut belum sepenuhnya mampu mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Berbagai kendala, seperti ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan, keterbatasan sarana dan prasarana pelayanan, kondisi geografis yang sulit dijangkau, lemahnya koordinasi antarlembaga, keterbatasan kapasitas fiskal daerah, serta rendahnya literasi kesehatan masyarakat, masih menjadi faktor yang menghambat pemenuhan hak atas kesehatan, sebagaimana tercermin dalam kasus pelayanan kesehatan di Kabupaten Yahukimo. Kebaruan penelitian ini terletak pada pengkajian implementasi UU Kesehatan dari perspektif hukum administrasi negara yang menitikberatkan pada pelaksanaan kewenangan pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam menjamin hak pelayanan kesehatan di daerah 3T. Hasil penelitian menunjukkan bahwa efektivitas implementasi

hukum kesehatan tidak hanya bergantung pada kelengkapan norma hukum, tetapi juga ditentukan oleh kapasitas tata kelola pemerintahan dalam mengimplementasikan kebijakan secara konsisten dan berkelanjutan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sinergi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, pemerataan serta retensi tenaga kesehatan, peningkatan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan pemanfaatan teknologi kesehatan, serta penguatan pengawasan dan edukasi masyarakat guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkeadilan, merata, dan berkelanjutan di daerah 3T.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, Shinta, and Mohammad Irfan. "Hak Atas Kesehatan Masyarakat Adat Di Kawasan Hutan Telaah Hukum Kesehatan Di Daerah Terdepan, Terluar, Tertinggal (3T)." *Private Law* 6, no. 1 (2026). <https://doi.org/10.29303/f7z3d875>.
- Andromeda, Anggind Grandika. "Penegakan Hukum Terhadap Pelanggaran Pengelolaan Limbah Medis Oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Di Daerah 3T." *Jurnal Pendidikan Indonesia* 6, no. 6 (2025): 3011–20. <https://doi.org/10.59141/japendi.v6i6.7962>.
- Astuti, Niken, Kadi Sukarna, Kuku Sudarmanto, and Zaenal Arifin. "Perlindungan Hukum Terhadap Profesi Dokter Atas Tindakan Aborsi Korban Perkosaan Dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan." *Journal Juridisch* 3, no. 1 (2025): 76–90. <https://doi.org/10.26623/jj.v3i1.11400>.
- Cakrawala, Kara Megara, Jihan Naila Husna, and Aulia Azizah. "Pembentukan Affirmative Action Dan Optimalisasi Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) Dengan Layanan Telemedicine Berbasis Simple Triage Digital Guna Mencapai Pemerataan Pelayanan Kesehatan." In *Anthology: Inside Intellectual Property Rights*, 73–106. Tangerang: UPH Faculty of Law, 2025.
- Faturahman, Andi Adam. "51 Orang Di Yahukimo Meninggal Karena DBD, Pemda Diminta Turun Tangan." *Tempo*, 2025.
- Gunardi, Gunardi. *Buku Ajar Metode Penelitian Hukum*. Edited by Murni Murni. 1st ed. Jakarta: Damara Press, 2022.
- Irawan, Dhenisa Oktavia, Tantimin Tantimin, and Ampuan Situmeang. "Pelanggaran Hak Asasi Manusia Dan Pertanggungjawaban Pidana Korporasi Dalam Kasus Gagal Ginjal Akut Pada Anak Di Indonesia." *Jurnal USM Law Review* 8, no. 1 (2025): 215–34. <https://doi.org/10.26623/julr.v8i1.11297>.
- Irfan, Mohammad, and Shinta Andriyani. "Tata Kelola Masyarakat Pesisir Dalam Pemenuhan Hak Atas Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Pesisir Dan Pulau-Pulau Terluar." *Private Law* 6, no. 2 (2026): 610–25. <https://doi.org/10.29303/5jdec60>.
- Jamaluddin, Rahman Syamsuddin, and Marilang. "Pendekatan Penelitian Dalam Kajian Hukum Dan Hukum Islam: Normatif, Empiris, Dan Pendekatan Hukum Islam." *Al-Zayn: Jurnal Ilmu Sosial & Hukum* 4, no. 2 (2026): 5311–16. <https://doi.org/10.61104/alz.v4i2.3859>.
- Jannah, Mau'izzatun, Diana Lestari, Khairuman Khairuman, Dian Rahayu, Ambia Nurdin, and Endang Sihaloho. "Perlindungan Hak Individu Dan Tanggung Jawab Negara Dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Jiwa Dihubungkan Dengan Hak Asasi

- Manusia.” *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Kebidanan Nusantara (JIKKN)* 1, no. 1 (2024): 1–19. <https://doi.org/10.62710/z3ysy546>.
- Kesehatan, Direktorat Penyediaan SDM, and Direktorat Jenderal SDM Kesehatan. “Rencana Aksi Kegiatan 2025-2029.” *Kementrian Kesehatan*, 2024.
- Kirana, Septy Zahrawi, Ascobat Gani, and Lukman Hakim. “Implementasi Ketahanan Kesehatan Nasional: Studi Kasus Pelaksanaan Program Inovasi Bidang Kesehatan Di Provinsi DKI Jakarta.” *Jurnal Keamanan Nasional* 8, no. 2 (2022): 376–94. <https://doi.org/10.31599/fftrqr04>.
- Nurnaeni, and Syamsul Bachri. “Kesehatan Masyarakat Dan Tanggung Jawab Hukum Negara.” *Jurnal Berita Kesehatan* 18, no. 2 (2025): 265–80. <https://doi.org/10.58294/jbk.v18i2.329>.
- Nurnaeni, Nurnaeni, and Syamsul Bachri. “Peran Hukum Dalam Menjamin Hak Atas Kesehatan: Analisis Perlindungan Hukum Bagi Pasien Di Indonesia.” *Jurnal Berita Kesehatan* 17, no. 2 (2024): 58–69. <https://doi.org/10.58294/jbk.v17i2.204>.
- Pomeo, Wilem Reinhart Ridolof, and Eko Winarti. “Dinamika Implementasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan Di Daerah Terpencil: Tantangan Dan Realitas Lapangan.” *Jurnal Kesehatan Tambusai* 5, no. 1 (2024): 2309–29. <https://doi.org/10.31004/jkt.v5i1.26883>.
- Puspita, Bernadita Gea. “Perbandingan Hukum ‘Right to Be Forgotten’ Terkait Penyalahgunaan Data Pribadi Di Turki Dan Indonesia.” *Jurnal Hukum, Politik Dan Kekuasaan* 5, no. 2 (2025): 130–49. <https://doi.org/10.24167/jhpk.v5i2.11430>.
- Putra, Bintang Adi, Bimantoro Yusuf Habibie, Muhammad Akbar Ramadhan, M Luthfi Arya Putra, and Nazwatul Khusna. “Metodologi Penelitian Hukum Normatif Dalam Perspektif Konsep Dan Teknik Analisis Dalam Kajian Yuridis.” *Jurnal Kajian Ilmiah Multidisipliner* 10, no. 4 (2026): 97–112.
- Rahman. “Aksesibilitas, Ketersediaan Tenaga Kerja, Dan Ketersediaan Fasilitas Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Wilayah Pesisir: Literature Review.” *Jurnal Kendari Kesehatan Masyarakat (JKKM)* 4, no. 3 (2025): 136–52. <https://doi.org/10.37887/jkkm.v4i3.1450>.
- Rahman, Habibur. “Hak Atas Kesehatan Sebagai Hak Yang Tidak Dapat Dibatasi Oleh Negara Beserta Implikasinya Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).” *Madania: Jurnal Hukum Pidana Dan Ketatanegaraan Islam* 15, no. 2 (2025): 11–20.
- Reumy, Ludia Jemima I. R., and Ika Fitrianita. “Implementasi Hak Atas Kesehatan Sebagai Hak Konstitusional Warga Negara Dalam Perspektif Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.” *Jurnal Wacana Sosial Nusantara* 2, no. 6 (2026). <https://doi.org/10.5281/zenodo.20759302>.
- Setiawati, Sri, Yudhi Hertanto, Anna Veronica Pont, Arief Fahmi Lubis, and M Aslam Fadli. “Peran Negara Dalam Menjamin Hak Atas Kesehatan Sebagai Hak Konstitusional Warga Negara.” *Jurnal Kolaboratif Sains* 9, no. 5 (2026). <https://doi.org/10.56338/jks.v9i5.10463>.
- Su’udi, A, R Putranto, and Harna. “Analisis Kondisi Geografis Dan Ketersediaan Peralatan Di Puskesmas Terpencil/Sangat Terpencil Di Indonesia.” *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan* 16, no. 2 (2022). <https://doi.org/10.33860/jik.v16i2.1246>.
- Sudaryat, Sudaryat. “Guarantee, Promotion and Ideas of Omnibus Law on Health in Indonesia Compared to Singapore and Taiwan.” *Jurnal USM Law Review* 7, no. 3 (2024): 1374–93. <https://doi.org/10.26623/julr.v7i3.9728>.

- Sumarna, Dadang, and Ayyub Kadriah. "Penelitian Kualitatif Terhadap Hukum Empiris." *Jurnal Penelitian Serambi Hukum* 16, no. 2 (2023): 101–13. <https://doi.org/10.59582/sh.v16i02.730>.
- Tahir, Muh, A Melantik Rompegading, and Ali Rahman. "Analisis Hukum Peran Pemerintah Daerah Dalam Penyediaan Layanan Kesehatan Reproduksi Di Kota Makassar." *Jurnal Ilmu Hukum "THE JURIS"* 9, no. 2 (2025): 395–402. <https://doi.org/10.56301/juris.v9i2.1785>.
- Tampubolon, Netanael, Hisar Siregar, and Kasman Siburian. "Tanggung Jawab Negara Terhadap Jaminan Kesehatan Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia." *Nommensen Journal of Constitutional and Administrative Law* 1, no. 1 (2022): 25–34.

Ucapan Terima Kasih

Para penulis menyampaikan terima kasih yang tulus kepada Editor dan Reviewer anonim atas waktu yang telah diberikan, komentar yang berwawasan, serta saran konstruktif yang secara signifikan telah berkontribusi terhadap penyempurnaan artikel ini. Para penulis juga berharap bahwa artikel ini dapat memberikan wawasan yang bermanfaat dan memberikan kontribusi yang berarti terhadap perkembangan diskusi di bidang terkait, serta dapat memberikan manfaat bagi para pembaca dan penelitian di masa mendatang.

Informasi Pendanaan

Penelitian ini didanai secara mandiri oleh penulis.

Pernyataan Benturan Kepentingan

Para penulis menyatakan bahwa **tidak terdapat benturan kepentingan** dalam publikasi artikel ini.

Pernyataan Etika Publikasi dan Orisinalitas

Para penulis menegaskan bahwa penelitian ini merupakan karya yang sepenuhnya orisinal. Naskah ini belum pernah dipublikasikan, baik dalam bentuk cetak, daring, maupun media lainnya, serta tidak sedang diajukan ke jurnal lain untuk proses penelaahan. Seluruh sumber yang dicantumkan dalam daftar pustaka telah ditulis sesuai dengan kaidah dan etika sitasi akademik yang berlaku.

Pernyataan Penggunaan Kecerdasan Buatan Generatif

Para penulis menyatakan bahwa kecerdasan buatan generatif digunakan sebagai alat bantu dalam proses penyusunan manuskrip ini. Secara khusus, ChatGPT Open AI, QuillBot dan Grammarly digunakan untuk meningkatkan kualitas bahasa dan keterbacaan teks secara keseluruhan. Seluruh keluaran yang dihasilkan oleh kecerdasan buatan kemudian ditinjau secara kritis, disunting, dan diverifikasi oleh para penulis untuk memastikan keakuratan serta menjaga integritas ilmiah. Para penulis bertanggung jawab sepenuhnya atas isi akhir manuskrip. Penggunaan kecerdasan buatan generatif dibatasi hanya pada fungsi pendukung dan tidak dianggap sebagai bentuk kepenulisan. Selain itu, tidak terdapat analisis maupun interpretasi data yang dilakukan oleh kecerdasan buatan tanpa pengawasan dan keterlibatan aktif dari penulis.