



Tanggung Jawab Pemerintah Daerah dalam Optimalisasi Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Guna Pemenuhan Hak Masyarakat

Rima Weniastri

Universitas Hang Tuah Surabaya, Indonesia

Email Korespondensi: rwenniast@gmail.com

Article received: 01 Januari 2026, Review process: 12 Januari 2026

Article Accepted: 22 Maret 2026, Article published: 01 Mei 2026

ABSTRACT

The mandatory responsibilities of district or city governments are to manage individual health efforts in the district or city and district or city level referrals, manage community health efforts in the district or city and district/city level referrals, issue class C and D hospital licences and district/city level health service facilities. Minimum health service standards are a form of standard regarding the type and quality of basic services that every citizen is entitled to receive as a minimum requirement of the region. The obligations of the regional government in fulfilling the indicators in the health service standards include planning, budgeting, implementation and reporting. The involvement of local governments in meeting minimum service standards includes ensuring the availability of health goods/services that can be obtained by citizens who need them in accordance with their needs and providing health goods or services for citizens who are unable to meet their health needs. This study uses a normative juridical method with a legislative and conceptual approach.

Keywords: Legal Responsibility, Minimum Health Service Standard, Local Government

ABSTRAK

Tanggung jawab wajib pemerintah kabupaten atau kota adalah menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan di tingkat kabupaten atau kota beserta rujukannya, menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat di tingkat kabupaten atau kota beserta rujukannya, serta menerbitkan izin rumah sakit kelas C dan D serta fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Standar pelayanan kesehatan minimum merupakan bentuk standar mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap warga negara sebagai kebutuhan minimum daerah. Kewajiban pemerintah daerah dalam memenuhi indikator standar pelayanan kesehatan meliputi perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan pelaporan. Keterlibatan pemerintah daerah dalam memenuhi standar pelayanan minimum mencakup penyediaan barang/jasa kesehatan yang dapat diperoleh oleh warga negara yang membutuhkan sesuai dengan kebutuhannya serta penyediaan barang atau jasa kesehatan bagi warga yang tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya. Penelitian ini menggunakan metode *normative juridical* dengan pendekatan perundang-undangan dan konseptual.

Kata Kunci: Tanggung Jawab Hukum, Standar Pelayanan Kesehatan Minimum, Pemerintah Daerah

PENDAHULUAN

Pada dasarnya, manusia tidak dapat terlepas dari pelayanan publik sejak dalam kandungan hingga meninggal dunia. Negara melalui UUD 1945 memiliki kewajiban memenuhi kebutuhan dasar warga negara, termasuk hak atas kesehatan sebagaimana tercantum dalam Pasal 28A dan Pasal 34 ayat (3). Pemerintah bertanggung jawab menyediakan pelayanan kesehatan yang layak, berkualitas, dan terjangkau, serta menetapkan standar pelayanan minimal. Pada masa kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono, lahir Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang pelayanan publik yang bertujuan mengatur hak dan kewajiban penyelenggara dan masyarakat, memastikan pelayanan sesuai hukum, serta memberikan perlindungan dan kepastian hukum (Dewi, 2025).

Hak atas kesehatan juga diakui sebagai hak fundamental dalam berbagai dokumen internasional. Dalam pembukaan Konstitusi WHO ditegaskan bahwa setiap individu berhak memperoleh standar kesehatan tertinggi tanpa diskriminasi. Hal ini menegaskan bahwa negara wajib menghormati dan memenuhi hak kesehatan seluruh warga negara tanpa membedakan latar belakang apa pun (Mardiansyah, 2018). Kesehatan menjadi kebutuhan pokok karena menentukan kemampuan seseorang dalam menjalani kehidupan secara layak, sehingga pemerintah harus menjamin akses layanan kesehatan bagi masyarakat (Aridah, 2022).

Pemerintah Indonesia telah berupaya memenuhi hak kesehatan melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dijalankan BPJS Kesehatan. Sistem ini berbasis *asuransi sosial* yang mewajibkan peserta membayar premi untuk pembagian risiko secara kolektif, dengan bantuan bagi masyarakat kurang mampu. Perbandingan dengan negara lain seperti Singapura menunjukkan perbedaan dalam kualitas, akses, dan biaya layanan. Sementara itu, sistem kesehatan Filipina menggabungkan sektor publik dan swasta, dengan variasi kualitas layanan antara wilayah perkotaan dan pedesaan (Mardiansyah, 2018; Nisa, 2024; Domingo, 2025; Expat Financial, 2025).

Di Indonesia, masih terdapat berbagai tantangan seperti tingginya angka penyakit, ketimpangan akses layanan, serta distribusi tenaga medis yang belum merata. Data BPS menunjukkan adanya kesenjangan antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Meskipun demikian, sekitar 83% penduduk telah terdaftar dalam program JKN pada tahun 2022, yang menunjukkan kemajuan dalam pemerataan akses layanan kesehatan (Elungan et al., 2025). Untuk menjamin kualitas layanan, pemerintah menetapkan 14 komponen standar pelayanan publik yang mencakup aspek hukum, prosedur, waktu layanan, biaya, fasilitas, kompetensi pelaksana, hingga evaluasi kinerja.

Dari sisi anggaran, pemerintah terus mengalokasikan dana besar untuk sektor kesehatan. Pada tahun 2022, anggaran kesehatan mencapai Rp255,3 triliun dengan fokus pada penanganan pandemi, reformasi sistem kesehatan, penurunan stunting, dan keberlanjutan JKN (Andini & Agustiani, 2022). Sementara itu, pada tahun 2025 anggaran kesehatan sebesar Rp217,3 triliun atau sekitar 6% dari APBN, dengan sebagian besar dikelola Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah (Muhawarman, 2025). Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah dalam

METODE

Penelitian ini menggunakan metode *normative juridical* dengan pendekatan perundang-undangan dan pendekatan konseptual. Pendekatan perundang-undangan dilakukan dengan menelaah berbagai ketentuan hukum yang berkaitan dengan tanggung jawab pemerintah daerah dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan, seperti Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021. Sementara itu, pendekatan konseptual digunakan untuk memahami konsep tanggung jawab hukum, pelayanan publik, serta hak atas kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia yang menjadi dasar dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh pemerintah daerah.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang terdiri atas bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier. Bahan hukum primer meliputi peraturan perundang-undangan yang relevan, sedangkan bahan hukum sekunder berupa buku, jurnal, dan hasil penelitian yang berkaitan dengan topik penelitian, serta bahan hukum tersier seperti kamus dan sumber lain yang mendukung. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi kepustakaan dengan menelaah dan mengkaji berbagai literatur yang telah disebutkan dalam daftar bacaan. Selanjutnya, data dianalisis secara kualitatif dengan menggunakan metode deskriptif-analitis untuk memberikan gambaran yang sistematis mengenai pengaturan dan pelaksanaan tanggung jawab pemerintah daerah dalam optimalisasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dasar Konstitusional Hak atas Kesehatan dan Tanggung jawab Negara

Indonesia merupakan negara hukum hal ini termuat dalam landasan konstitusi yaitu Undang-undang Dasar Negara Indonesia Tahun 1945 Pasal 1 ayat (3) yakni "Negara Indonesia adalah Negara Hukum". Jika dilihat dari penjelasan, maka dapat dikatakan bahwa Negara tidak boleh melakukan sesuatu atau kegiatan hanya berdasarkan kekuasaan semata namun harus berdasarkan hukum yang telah di tetapkan dan di berlakukan. Negara Indonesia merupakan Negara yang berdasarkan atas dasar hukum dan menempatkan hukum di tempat yang tertinggi dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Konsep dari negara hukum yang dimaksud adalah negara hukum Pancasila, yang berorientasi pada bagaimana mewujudkan kesejahteraan masyarakat melalui hukum (Ujianti, 2013).

Hak asasi manusia adalah nilai yang ditetapkan dan berlaku serta diakui secara universal. Karena berlaku secara universal yang artinya berlaku untuk semua orang atau seluruh dunia yang mencakup konsep yang secara menyeluruh, global dan dapat dipahami atau diterima siapapun tanpa terkecuali. Nilai-nilai tersebut yang nantinya akan dipraktekkan oleh masyarakat Internasional. Instrumen internasional tersebut mengharuskan kepada negaranegara yang ikut mengakui dan meratifikasi instrumen tersebut untuk mengedepankan perlindungan hak warga negara serta jaminan pemenuhan hak warga negaranya. Tanggung jawab

pemerintah daerah dapat dijabarkan melalui tiga kewajiban pokok negara dalam Hak Asasi Manusia yaitu kewajiban menghormati, melindungi dan kewajiban memenuhi.

Ada beberapa pasal yang menjadi dalam kewajiban melindungi pada Deklarasi Universal HAM. Pasal 3 "Setiap orang berhak atas kehidupan, kebebasan, dan keamanan pribadi. Hak ini menyiratkan kewajiban negara untuk mengambil langkah-langkah yang diperlukan guna menjamin hak-hak tersebut dari ancaman, baik dari negara sendiri maupun dari pihak swasta". Dalam artian setiap orang harus dijamin atas keselamatan atas pribadinya tanpa terkecuali, memberikan perlindungan terhadap hak privasi dalam arti luas atau tidak terlalu spesifik. Hal ini merupakan sifat dari suatu deklarasi yaitu umum dan abstrak. Deklarasi ini tidak menjelaskan secara mendalam apa saja yang dimaksud dengan hak privasi tersebut. Ketentuan tersebut akan ditemukan dalam konvensi. Walaupun demikian, kontribusi terhadap perlindungan yang lebih baik tidak dapat dikesampingkan (Natamiharja & Mindoria, 2019).

Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pada pasal 4 menyebutkan setiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Artinya setiap warga negara mempunyai hak yang sama untuk hidup sehat dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik agar kondisi fisik, mental, dan sosialnya berada pada tingkat yang sebaik-baiknya. Negara wajib menjamin dan melindungi hak kesehatan warganya dan menyediakan akses layanan kesehatan, lingkungan yang sehat, serta upaya pencegahan dan pengobatan penyakit.

Tanggung jawab negara (*state responsibility*). Prinsip ini berarti bahwa pihak utama yang bertanggung jawab untuk memenuhi, melindungi, dan menghormati hak asasi manusia adalah negara melalui lembaga-lembaganya. Prinsip ini tercantum di semua kovenan dan konvensi hak asasi manusia internasional serta dalam peraturan-peraturan di dalam negeri. Pasal 71 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 secara jelas menyatakan bahwa: "Pemerintah wajib dan bertanggung jawab menghormati, melindungi, menegakkan, dan memajukan hak asasi manusia yang diatur dalam Undang-Undang ini, peraturan perundang-undangan lainnya, serta hukum internasional tentang hak asasi manusia yang diterima oleh Republik Indonesia". Kewajiban negara dan pelanggaran hak asasi manusia. Hak asasi manusia adalah sistem norma internasional yang menuntut dan menjadi standar minimum bagi negara. Standar minimum ini akan digunakan oleh komunitas internasional untuk mengevaluasi sekaligus menilai sejauh mana negara tersebut telah memenuhi kewajiban mengenai hak asasi manusia secara internasional (Rampen et al., 2022).

Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia yang dijamin secara konstitusional dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Jaminan tersebut tercermin secara tegas dalam Pasal 28 A ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945. Untuk menjamin akses, kualitas, dan kesinambungan pelayanan, pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki sejumlah komponen penting. Beberapa petunjuk untuk memberikan layanan kesehatan yang optimal adalah memastikan pasien merasa dihargai, mengurangi waktu tunggu, menerima

masuk, dan mendokumentasikan latar belakang medis setiap pasien (Wibowo, 2024).

Kemudian pasal 9 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa: Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya. Setiap orang berhak hidup tenteram, aman, damai, bahagia, sejahtera, lahir dan batin. Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat.

Hak setiap rakyat harusnya dibarengi dengan pelaksanaan dari Pemerintah agar hak tersebut dapat diperoleh oleh setiap orang. Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 menegaskan tanggung jawab negara dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Pasal ini menempatkan negara sebagai pihak yang memiliki kewajiban aktif untuk menjamin terselenggaranya sistem kesehatan yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat secara adil dan merata. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan (Mahmud & Suparwi, 2014).

Aksesibilitas dan kualitas dalam Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 menyatakan bahwa pemerintah wajib memastikan setiap orang bisa mendapat pelayanan kesehatan yang aman, berkualitas, dan terjangkau. Salah satu hal penting dalam Undang-Undang ini adalah fokus pada kemudahan akses pelayanan kesehatan bagi semua kalangan masyarakat. Dalam rangka itu, pemerintah berkomitmen untuk memperluas layanan kesehatan dasar ke daerah terpencil dan pedesaan, serta memberikan subsidi agar biaya pengobatan tetap terjangkau bagi masyarakat berpenghasilan rendah. Undang-Undang ini juga mengakui peran teknologi dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Untuk merespons perkembangan teknologi medis yang cepat, UU Kesehatan ini memberikan dasar hukum untuk menggunakan teknologi seperti telemedicine dan rekam medis elektronik, yang diharapkan bisa meningkatkan efisiensi dan kesetaraan akses pelayanan Kesehatan (Wibowo et al., 2024).

Memberikan hak baru bagi tenaga kesehatan (upah, tunjangan, jaminan kesehatan) sebagai bagian dari penguatan sistem kesehatan. Sementara itu, dalam upaya mewujudkan amanat konstitusi, pemerintah Indonesia mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pasal 1 menjelaskan jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Artinya perlindungan sosial adalah upaya yang dilakukan oleh negara untuk memastikan setiap warga negara memperoleh jaminan dan bantuan agar mampu memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, seperti pangan, sandang, perumahan, kesehatan, pendidikan, dan jaminan pendapatan, terutama bagi mereka yang rentan terhadap risiko sosial dan ekonomi. Dengan kata lain, perlindungan sosial bertujuan mencegah dan mengatasi kondisi kemiskinan, ketimpangan, serta kerentanan, sehingga seluruh rakyat dapat hidup secara bermartabat sesuai dengan standar kemanusiaan.

Melalui Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, membagi urusan pemerintahan konkuren antara pemerintah pusat dan daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota. Pasal 4 ayat 1 & 2 menjelaskan “Daerah provinsi selain berstatus sebagai Daerah juga merupakan Wilayah Administratif yang menjadi wilayah kerja bagi gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat dan wilayah kerja bagi gubernur dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan umum di wilayah Daerah provinsi. Daerah kabupaten/kota selain berstatus sebagai Daerah juga merupakan Wilayah Administratif yang menjadi wilayah kerja bagi bupati/wali kota dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan umum di wilayah Daerah kabupaten/kota”. Sehingga dapat dijabarkan pembagian urusan wajib pemerintahan bidang kesehatan.

Upaya kesehatan dibagi menjadi 3 (tiga) urusan pemerintah. Pengelolaan upaya kesehatan perorangan (UKP) rujukan nasional/lintas Daerah provinsi, pengelolaan upaya kesehatan masyarakat (UKM) nasional dan rujukan nasional/lintas Daerah provinsi, penyelenggaraan registrasi, akreditasi, dan standardisasi fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta, penerbitan izin rumah sakit kelas A dan fasilitas pelayanan kesehatan penanaman modal asing (PMA) serta fasilitas pelayanan kesehatan tingkat nasional, menjadi urusan pemerintah pusat. Pengelolaan UKP rujukan tingkat daerah provinsi/lintas daerah kabupaten/kota, pengelolaan UKM Daerah provinsi dan rujukan tingkat daerah provinsi/lintas kabupaten/kota, penerbitan izin rumah sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat daerah provinsi, merupakan urusan pemerintah provinsi. Pemerintah Kabupaten/Kota mengurus pengelolaan UKP daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat daerah kabupaten/kota, pengelolaan UKM Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat daerah kabupaten/kota, penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat daerah kabupaten/kota.

Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan melalui penetapan standardisasi dan registrasi tenaga kesehatan Indonesia, tenaga kesehatan warga negara asing (TK-WNA), serta penerbitan rekomendasi pengesahan rencana penggunaan tenaga kerja asing (RPTKA) dan izin mempekerjakan asing (IMTA), penetapan penempatan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis, penetapan standar kompetensi teknis dan sertifikasi, penetapan standar pengembangan kapasitas SDM kesehatan. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan menjadi urusan pemerintah Pusat. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah provinsi menjadi tanggung jawab daerah Provinsi. Kemudian Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan dan perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten/kota.

Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman disediakan oleh pemerintah pusat melalui program nasional yang menyediakan obat, vaksin, alat kesehatan, dan suplemen kesehatan. Pemerintah pusat juga melakukan pengawasan terhadap ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat serta alat kesehatan. Selain itu, pemerintah pusat memberikan bimbingan dan pengawasan terhadap industri, sarana produksi, dan sarana distribusi sediaan farmasi, obat tradisional, alat kesehatan, serta perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), termasuk bahan

obat dan bahan baku alam yang berkaitan dengan kesehatan. Pemerintah pusat juga melakukan pengawasan terhadap produk sebelum dipasarkan seperti obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman, serta pengawasan setelah dipasarkan. Urusan daerah provinsi mencakup penerbitan pengakuan untuk cabang pedagang besar farmasi (PBF) dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK), serta penerbitan izin usaha kecil obat tradisional (UKOT). Sementara itu, urusan daerah kabupaten/kota mencakup penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan, dan optikal, penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT), penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas satu tertentu dan PKRT kelas satu tertentu dari perusahaan rumah tangga, penerbitan izin produksi makanan dan minuman di industri rumah tangga, serta pengawasan setelah produk dipasarkan.

Pengaturan Perundang-Undangan Terkait Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan

Upaya menjalankan standar pelayanan kesehatan yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan merupakan kewajiban konstitusional pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Dalam implementasinya, masing-masing daerah memiliki kebijakan dan strategi yang berbeda dalam memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan, menyesuaikan dengan kondisi geografis, kapasitas fiskal, serta sumber daya yang dimiliki. SPM Kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai tolok ukur teknis, tetapi juga menjadi indikator performa pemerintah daerah dalam mengelola program kesehatan secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, capaian SPM menjadi salah satu aspek penting dalam evaluasi kinerja daerah, khususnya dalam penyediaan pelayanan dasar bagi masyarakat. Selain itu, hasil capaian SPM juga digunakan oleh pemerintah pusat sebagai dasar dalam merumuskan kebijakan nasional, termasuk dalam pemberian insentif, disinsentif, maupun sanksi administratif kepada kepala daerah, sehingga mendorong adanya akuntabilitas dan peningkatan kualitas pelayanan secara berkelanjutan.

Kewajiban negara dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga erat kaitannya dengan prinsip Hak Asasi Manusia (HAM), yang menuntut negara untuk menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*), dan memenuhi (*to fulfill*) hak atas kesehatan. Hak tersebut mencakup empat elemen utama, yaitu ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), penerimaan (*acceptability*), dan kualitas (*quality*) layanan kesehatan tanpa diskriminasi dalam bentuk apa pun. Negara dan penyedia layanan kesehatan harus memastikan bahwa layanan yang diberikan aman, tidak bersifat memaksa, serta menghormati nilai-nilai budaya, gender, dan martabat manusia. Selain itu, partisipasi publik dan akuntabilitas juga harus dijamin dalam setiap proses penyelenggaraan layanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H yang menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, memperoleh lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta mendapatkan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, negara memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa kebijakan, program, dan pembangunan di bidang kesehatan benar-benar berorientasi pada peningkatan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh.

Lebih lanjut, dalam konteks global, Pasal 22 sampai dengan Pasal 24 *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR) 1948 telah memberikan jaminan perlindungan terhadap hak-hak pekerja tanpa diskriminasi, termasuk hak atas jaminan sosial, hak untuk bekerja, hak memperoleh upah yang adil dan layak, pembatasan jam kerja yang wajar, waktu istirahat dan cuti, serta standar hidup yang memadai dalam aspek kesehatan dan kesejahteraan (Gunakjaya, 2017). Ketentuan ini menegaskan bahwa kesehatan merupakan bagian integral dari kesejahteraan manusia yang harus dijamin oleh negara. Dalam hal ini, kewajiban negara untuk menghormati HAM berarti pemerintah tidak boleh mengeluarkan kebijakan atau tindakan yang membatasi akses masyarakat terhadap informasi dan pelayanan kesehatan. Sebaliknya, pemerintah harus memastikan bahwa setiap individu memiliki kesempatan yang sama untuk memperoleh layanan kesehatan secara komprehensif dan tanpa hambatan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pemerintah pusat dan pemerintah daerah memiliki kewajiban untuk memenuhi sumber daya kesehatan yang meliputi tenaga medis, tenaga kesehatan, serta tenaga pendukung lainnya, baik yang memiliki pendidikan formal di bidang kesehatan maupun tidak. Selain itu, pemerintah juga bertanggung jawab dalam menyediakan fasilitas kesehatan sebagai sarana penyelenggaraan upaya kesehatan, baik untuk individu maupun kelompok. Pendekatan pelayanan yang digunakan harus mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, sehingga pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pasal 1 ayat 9 dalam undang-undang tersebut menegaskan bahwa pelayanan kesehatan dasar dilaksanakan melalui Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berfokus pada upaya promotif dan preventif, sementara rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut memberikan pelayanan komprehensif termasuk rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Mentang et al., 2018).

Dalam praktiknya, pelayanan kesehatan tidak hanya dilakukan di Puskesmas dan rumah sakit, tetapi juga di fasilitas kesehatan lain seperti klinik yang dikelola oleh pemerintah, swasta, maupun perusahaan. Banyak masyarakat yang memanfaatkan klinik perusahaan karena faktor kedekatan lokasi, kemudahan akses, serta tersedianya layanan dokter spesialis tanpa harus melalui prosedur rujukan yang biasanya diperlukan di Puskesmas. Kondisi ini menunjukkan bahwa aksesibilitas menjadi salah satu faktor penting dalam pemanfaatan layanan kesehatan. Namun demikian, keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan sangat bergantung pada aspek sumber daya, baik sumber daya manusia maupun sarana dan prasarana. Tenaga kesehatan yang kompeten menjadi faktor utama dalam menjalankan kebijakan, sementara ketersediaan infrastruktur dan peralatan yang memadai akan menentukan efektivitas dan efisiensi pelayanan (Meilani & Siti Munawarah).

Selanjutnya, Pasal 1 ayat 11-12 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menegaskan bahwa perbekalan kesehatan mencakup seluruh bahan dan peralatan yang diperlukan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Namun, dalam realitasnya masih terdapat berbagai kendala dalam pemenuhannya. Sebagai contoh,

tidak semua Puskesmas memiliki *dental unit* karena keterbatasan daya listrik maupun keterbatasan anggaran. Selain itu, pemanfaatan teknologi kesehatan dan sistem informasi kesehatan sebagaimana diatur dalam peraturan pelaksana juga belum berjalan optimal. Sistem informasi kesehatan yang seharusnya mendukung proses pengolahan, pelaporan, dan pengambilan keputusan masih menghadapi berbagai kendala, seperti kurangnya pelatihan bagi petugas, rendahnya literasi digital, serta gangguan teknis pada sistem. Kondisi ini menunjukkan bahwa transformasi digital di sektor kesehatan masih membutuhkan perhatian serius, terutama dalam hal peningkatan kapasitas sumber daya manusia.

Dalam kerangka desentralisasi, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 menegaskan bahwa pemerintah daerah memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pelayanan dasar melalui prinsip otonomi daerah. Pelayanan dasar tersebut meliputi sektor kesehatan, pendidikan, pekerjaan umum, perumahan rakyat, ketertiban umum, dan sosial. Standar Pelayanan Minimal (SPM) menjadi acuan dalam menentukan jenis dan mutu pelayanan yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah. Proses penerapan SPM dimulai dari pengumpulan data, perhitungan kebutuhan, penyusunan rencana, hingga pelaksanaan pelayanan sesuai standar teknis yang telah ditetapkan. Standar teknis tersebut mencakup jumlah dan kualitas barang atau jasa, pemenuhan tenaga kerja, serta pedoman operasional dalam pelaksanaan pelayanan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 kemudian memberikan panduan teknis yang lebih rinci terkait pemenuhan SPM Kesehatan. Dalam peraturan ini, jenis pelayanan dasar mencakup berbagai kelompok sasaran, mulai dari ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, balita, usia pendidikan dasar, usia produktif, usia lanjut, penderita hipertensi, diabetes melitus, gangguan jiwa berat, tuberkulosis, hingga risiko HIV. Pada pelayanan kesehatan ibu hamil, misalnya, ditetapkan standar kunjungan minimal enam kali selama masa kehamilan (K6) dengan kualitas pelayanan *10T* serta penggunaan ultrasonografi. Kebutuhan barang meliputi vaksin TD untuk pencegahan tetanus, tablet Fe sebanyak 180 tablet per ibu hamil untuk mencegah anemia, alat deteksi seperti pemeriksaan hemoglobin, pemeriksaan golongan darah, skrining glukoprotein urin, serta skrining *triple elimination* (Hepatitis B, HIV, dan sifilis). Selain itu, disediakan kartu ibu, buku KIA, media KIE, serta gel ultrasonografi sebagai pendukung pemeriksaan.

Pada pelayanan kesehatan ibu bersalin, standar pelayanan mencakup penggunaan formulir partograf sebagai alat pemantauan persalinan, kartu ibu sebagai rekam medis, buku KIA, serta media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Secara umum, standar pelayanan ini relatif telah terpenuhi di sebagian besar fasilitas kesehatan, baik tingkat pertama maupun lanjutan. Sementara itu, pelayanan kesehatan bayi baru lahir mencakup kunjungan minimal tiga kali selama periode neonatal dengan pelayanan esensial, seperti pemberian vaksin hepatitis B, vitamin K1 untuk mencegah perdarahan, salep antibiotik mata, serta pencatatan melalui formulir dan buku KIA. Penggunaan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) juga mulai didukung dengan sistem komputerisasi untuk meningkatkan efisiensi pencatatan.

Pelayanan kesehatan balita meliputi deteksi dini tumbuh kembang melalui KPSP dan DDTK, pemberian vitamin A biru dan merah sesuai usia, imunisasi dasar dan lanjutan seperti BCG, polio, DPT-HB-Hib, serta MMR, dan penanganan gizi buruk. Namun, penggunaan alat seperti set anafilaktik masih menghadapi kendala karena jarang kasusnya yang memerlukan penggunaan alat tersebut, sehingga berisiko kadaluarsa. Pada kelompok usia pendidikan dasar, pelayanan mencakup skrining kesehatan, pencatatan melalui buku rapor kesehatan, pemberian tablet tambah darah, serta imunisasi BIAS. Kendala utama dalam pelaksanaan pelayanan ini adalah keterbatasan anggaran, terutama dalam pengadaan buku rapor kesehatan yang membutuhkan jumlah besar.

Pada kelompok usia produktif, pelayanan kesehatan mencakup skrining penyakit menular dan tidak menular, pelayanan kesehatan reproduksi, serta keluarga berencana. Fasilitas yang diperlukan meliputi alat ukur kesehatan seperti tensimeter, glukometer, alat ukur lingkar tubuh, serta peralatan untuk pemeriksaan IVA dan pelayanan kontrasepsi. Selain itu, diperlukan media KIE dan formulir pencatatan seperti aplikasi ASIK dan e-kohort. Sementara itu, pelayanan kesehatan lansia meliputi pemeriksaan kesehatan rutin, seperti tekanan darah, gula darah, dan kolesterol, serta penggunaan instrumen skrining seperti ADL Barthel dan pencatatan melalui buku kesehatan lansia.

Pelayanan bagi penderita hipertensi dan diabetes melitus mencakup pemeriksaan rutin, edukasi, serta terapi farmakologi dan non-farmakologi. Peralatan yang digunakan meliputi tensimeter, glukometer, serta bahan medis habis pakai. Pencatatan dilakukan melalui aplikasi seperti SI PTM dan ASIK. Untuk pelayanan kesehatan jiwa, khususnya bagi ODGJ berat, disediakan pedoman pelayanan, psikofarmaka, instrumen skrining, serta sistem pencatatan dan pelaporan. Pada pelayanan tuberkulosis, digunakan berbagai alat dan bahan seperti reagen Ziehl Neelsen, kartrid tes cepat molekuler, masker N95, serta formulir pencatatan. Sedangkan pelayanan HIV mencakup edukasi dan skrining menggunakan *rapid diagnostic test* (RDT), dengan dukungan bahan medis habis pakai dan sistem pencatatan yang terintegrasi.

Dalam konteks pembiayaan, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 menegaskan bahwa pemerintah daerah harus memprioritaskan belanja untuk pelayanan dasar, termasuk kesehatan. Dana Alokasi Khusus (DAK) diberikan berdasarkan kebutuhan daerah dalam mencapai target SPM, dengan prioritas pada daerah yang memiliki keterbatasan sumber daya. Pemerintah juga perlu melakukan pengawasan terhadap realisasi anggaran agar dapat diserap secara optimal. Sementara itu, Dana Alokasi Umum (DAU) digunakan untuk pemerataan kemampuan daerah, meskipun dalam praktiknya sering dialokasikan untuk belanja modal.

Optimalisasi belanja daerah diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan publik dan kepuasan masyarakat. Tingkat kepuasan yang tinggi akan mendorong kepatuhan masyarakat dalam membayar pajak, sehingga meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Namun, jumlah penduduk yang besar juga menjadi tantangan tersendiri dalam pengelolaan anggaran, terutama jika tidak diimbangi dengan struktur belanja yang efisien dan tepat sasaran. Oleh karena itu, diperlukan

perencanaan yang matang, pengelolaan anggaran yang transparan, serta penguatan kapasitas kelembagaan agar tujuan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dapat tercapai secara optimal.

Kewajiban Pemerintah Daerah Berkaitan dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan

Setiap pemerintah daerah membutuhkan perencanaan pembangunan yang matang agar setiap program yang dilaksanakan benar-benar memberikan dampak yang tepat sasaran serta memungkinkan dilakukannya evaluasi secara efektif terhadap hasil pembangunan tersebut. Perencanaan pembangunan daerah tidak hanya berfungsi sebagai pedoman arah kebijakan, tetapi juga sebagai instrumen pengendalian untuk memastikan bahwa setiap kegiatan yang dilakukan selaras dengan kebutuhan riil masyarakat. Oleh karena itu, perencanaan pembangunan harus memperhatikan prioritas daerah, baik berdasarkan kondisi sosial, ekonomi, maupun kesehatan masyarakat, sehingga program yang dijalankan tidak bersifat umum, melainkan spesifik, terukur, dan sesuai dengan kebutuhan daerah masing-masing.

Kewajiban pemerintah daerah dalam pemenuhan indikator pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan dilaksanakan melalui beberapa tahapan yang sistematis dan saling berkaitan. Tahapan-tahapan ini menjadi tolok ukur keberhasilan pemerintah daerah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sekaligus mencerminkan kapasitas tata kelola pemerintahan daerah. Setiap tahapan, mulai dari perencanaan, penganggaran, hingga pelaksanaan dan pelaporan, harus dilakukan secara terintegrasi agar tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai secara optimal.

Pada tahap perencanaan, pemerintah daerah menunjukkan keseriusannya dalam pengelolaan keuangan dan pembangunan. Perencanaan merupakan tahap awal yang sangat menentukan arah dan prioritas pembangunan daerah, sekaligus menjadi cerminan efektivitas daerah dalam menunjang keberhasilan desentralisasi fiskal. Proses perencanaan pembangunan daerah umumnya dilakukan melalui beberapa fase yang sistematis, melibatkan analisis kondisi daerah, partisipasi masyarakat, serta koordinasi antar pemangku kepentingan (*stakeholders*). Hal ini penting agar kebijakan yang dihasilkan tidak hanya bersifat top-down, tetapi juga mengakomodasi kebutuhan dan aspirasi masyarakat.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, perencanaan pembangunan daerah terbagi menjadi dua bagian utama, yaitu Rencana Pembangunan Daerah dan Rencana Perangkat Daerah. Rencana Pembangunan Daerah diawali dengan penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD), yang merupakan penjabaran visi, misi, arah kebijakan, dan sasaran pokok pembangunan daerah untuk jangka waktu 20 (dua puluh) tahun. RPJPD disusun dengan berpedoman pada Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) serta Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW), dan ditetapkan melalui Peraturan Daerah paling lama 6 (enam) bulan setelah periode sebelumnya berakhir.

Selanjutnya, sasaran Perangkat Daerah (PD) disusun dengan memperhatikan tugas pokok dan fungsi (TUPOKSI), kelompok sasaran yang dilayani, tujuan organisasi, serta berbagai permasalahan dan isu strategis pembangunan daerah. Sasaran PD dirumuskan untuk menjelaskan tujuan yang ingin dicapai, di mana satu tujuan dapat dijabarkan ke dalam beberapa sasaran yang lebih spesifik. Penyusunan sasaran harus menggunakan bahasa yang jelas, tidak berlapis, mudah dipahami, serta menggambarkan kondisi yang diharapkan dengan kata kunci seperti “meningkatnya” atau “terwujudnya”. Dengan demikian, sasaran tersebut dapat menjadi acuan yang konkret dalam pelaksanaan program pembangunan.

Dalam pelaksanaan pembangunan, setiap indikator tujuan atau sasaran harus dilengkapi dengan satuan ukuran serta target capaian yang jelas. Indikator tersebut umumnya berupa *impact* dan *benefit* yang menggambarkan hasil akhir dan manfaat dari suatu program. Satu tujuan dapat memiliki lebih dari satu indikator, yang disusun dengan mempertimbangkan capaian kinerja pada periode sebelumnya. Selain itu, perumusan indikator juga harus memperhatikan kemampuan daerah dalam mengerahkan sumber daya yang tersedia, menentukan tahapan pelaksanaan program, serta menguji keterkaitan antara tujuan dan sasaran yang ingin dicapai. Dengan adanya indikator yang jelas, pemerintah daerah dapat memperkirakan tingkat keberhasilan program dan melakukan evaluasi secara lebih terukur.

Namun, dalam praktiknya masih sering ditemukan bahwa usulan rencana pembangunan yang diajukan oleh daerah tidak sepenuhnya mempertimbangkan tingkat urgensi kebutuhan, ketersediaan anggaran, maupun keterkaitannya dengan indikator tujuan yang telah ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD). Kondisi ini menunjukkan adanya kelemahan dalam proses perencanaan yang dapat mengakibatkan program pembangunan tidak berjalan optimal. Oleh karena itu, diperlukan analisis prioritas yang matang dengan mempertimbangkan berbagai faktor yang mempengaruhi rencana pembangunan tersebut (Purnia, 2020).

RPJMD merupakan penjabaran dari visi, misi, dan program kepala daerah yang memuat tujuan, sasaran, strategi, arah kebijakan pembangunan daerah, serta program perangkat daerah untuk jangka waktu 5 (lima) tahun. Dokumen ini disusun dengan berpedoman pada RPJPD dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), serta ditetapkan melalui Peraturan Daerah paling lama 6 (enam) bulan setelah kepala daerah terpilih dilantik. Selanjutnya, RPJMD dijabarkan ke dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) yang bersifat tahunan, yang memuat kerangka ekonomi daerah, prioritas pembangunan, serta rencana kerja dan pendanaan. RKPD menjadi dasar dalam pencapaian target RPJMD sesuai dengan tahun perencanaan dan ditetapkan melalui Peraturan Kepala Daerah.

Selain itu, Rencana Perangkat Daerah terdiri dari Rencana Strategis Perangkat Daerah (Renstra PD) dan Rencana Kerja Perangkat Daerah (Renja PD). Renstra PD memuat tujuan, sasaran, program, dan kegiatan pembangunan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing perangkat daerah, serta ditetapkan setelah RPJMD disahkan. Sementara itu, Renja PD merupakan dokumen tahunan yang memuat rincian program, kegiatan, lokasi, kelompok sasaran, indikator kinerja, serta

pendanaan yang diperlukan. Renja PD ditetapkan oleh kepala daerah setelah RKPD disahkan dan menjadi pedoman operasional dalam pelaksanaan kegiatan.

Tahap berikutnya adalah penganggaran, yang merupakan proses penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dengan berpedoman pada RKPD. Penganggaran bertujuan untuk mewujudkan pelayanan publik yang optimal dalam rangka mencapai tujuan pembangunan. Proses ini dimulai dengan penyusunan Kebijakan Umum Anggaran (KUA) dan Prioritas Plafon Anggaran Sementara (PPAS), yang disusun berdasarkan RPJMD dan RKPD. KUA dan PPAS memuat gambaran umum kebijakan anggaran, prioritas pembangunan, serta batas maksimal anggaran untuk setiap Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD). Penyusunan KUA dilakukan dalam waktu paling lama satu bulan pada bulan Juni, kemudian diajukan kepada DPRD untuk dibahas dan disepakati.

Berdasarkan KUA dan PPAS yang telah disepakati, setiap SKPD menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) yang memuat rincian kegiatan, sasaran, alokasi anggaran, serta rencana penarikan dana. Dalam proses ini, penting untuk memastikan adanya keterkaitan dan konsistensi antara perencanaan dan penganggaran. Hal ini dapat dilakukan dengan memperhatikan pagu indikatif, penggunaan format baku dokumen perencanaan, serta hasil Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) sebagai dasar penyusunan RKPD dan Renja SKPD (Sugiarto & Mutiarin, 2016).

Proses penyempurnaan dokumen perencanaan dilakukan melalui penyusunan rancangan akhir Renstra PD yang berpedoman pada RPJMD. Rancangan ini kemudian diverifikasi oleh Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) untuk memastikan kesesuaian dan keterpaduan antar dokumen perencanaan. Setelah diverifikasi, Renstra PD ditetapkan melalui Peraturan Kepala Daerah dan menjadi pedoman bagi unit kerja dalam menyusun Renja PD. Proses ini juga melibatkan batas waktu tertentu, seperti penyampaian rancangan Renstra PD kepada Bappeda dalam waktu 14 hari kerja serta penyempurnaan dalam waktu 7 hari kerja setelah verifikasi.

Tahap pelaksanaan dan pelaporan dimulai dengan pengajuan Rancangan Peraturan Daerah (Raperda) tentang APBD oleh pemerintah daerah kepada DPRD untuk dibahas dan disepakati. Setelah disetujui, APBD ditetapkan menjadi Peraturan Daerah paling lambat satu bulan sebelum tahun anggaran dimulai. Selanjutnya, dokumen tersebut disampaikan kepada pemerintah yang lebih tinggi untuk dievaluasi. Dukungan kepemimpinan, integrasi kebijakan, serta monitoring dan evaluasi secara berkala menjadi faktor penting dalam meningkatkan capaian kinerja dan keberhasilan implementasi SPM (Agustina et al., 2023).

Setelah APBD ditetapkan, Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) memberikan arahan kepada SKPD untuk menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) sebagai dasar pelaksanaan kegiatan. Pemerintah daerah juga wajib menyusun laporan realisasi anggaran semester pertama yang disampaikan kepada DPRD pada akhir Juli. Laporan ini menjadi dasar untuk melakukan evaluasi dan penyesuaian anggaran apabila terjadi perubahan kondisi. Pada akhir tahun anggaran, seluruh transaksi dihentikan dan laporan realisasi akhir tahun disusun untuk diaudit oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK).

Dalam keseluruhan proses pembangunan, partisipasi masyarakat menjadi aspek yang sangat penting. Keterlibatan masyarakat mencerminkan kesadaran dan tanggung jawab bersama dalam meningkatkan kualitas hidup. Partisipasi ini tidak hanya terbatas pada tahap pelaksanaan, tetapi juga mencakup pengambilan keputusan dalam perencanaan, pengendalian, hingga pemanfaatan hasil pembangunan. Partisipasi dapat bersifat intrinsik maupun ekstrinsik, dan menjadi indikator bahwa pembangunan bukan hanya tanggung jawab pemerintah, tetapi juga hasil kolaborasi antara pemerintah dan masyarakat (Ambat, 2017). Dengan adanya partisipasi aktif masyarakat, pembangunan yang dilakukan diharapkan lebih tepat sasaran, berkelanjutan, dan memberikan manfaat yang nyata bagi kesejahteraan masyarakat.

Tanggung Jawab Pemerintah Daerah Dalam Optimalisasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan

Tanggung jawab pemerintah daerah dalam optimalisasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan berangkat dari prinsip bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia yang wajib dipenuhi negara melalui layanan yang menghormati, melindungi, dan memenuhi kebutuhan masyarakat tanpa diskriminasi. Pemerintah daerah menerapkan SPM sebagai standar minimum pelayanan dasar yang mencakup 12 jenis layanan kesehatan, mulai dari ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, balita, usia pendidikan dasar, usia produktif, lansia, hingga berbagai penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, gangguan jiwa berat, tuberkulosis, dan HIV. Untuk memastikan pemenuhan tersebut, perangkat daerah melakukan pendataan sasaran, ketersediaan barang dan jasa, serta sumber daya manusia kesehatan, kemudian menghitung kesenjangan antara kebutuhan dan ketersediaan sebagai dasar penyusunan rencana pemenuhan pelayanan dasar sesuai standar biaya dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam pelaksanaannya, pemerintah daerah juga bertanggung jawab memastikan kelompok yang tidak mampu tetap mendapatkan pelayanan dasar, baik karena kemiskinan, keterbatasan akses, maupun kondisi bencana. Koordinasi penerapan SPM dilakukan secara berjenjang oleh Menteri melalui Direktorat Jenderal Bina Pembangunan Daerah, gubernur di tingkat provinsi, serta bupati/wali kota di tingkat kabupaten/kota, yang mencakup penerapan, pemantauan, evaluasi, dan penanganan permasalahan. Pelayanan kesehatan SPM dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjutan seperti puskesmas, klinik, dan rumah sakit tipe D dan C, dengan pelaksanaan yang harus sesuai dokumen perencanaan dan pedoman teknis yang ditetapkan. Dalam konteks ini, pemerintah daerah wajib memastikan bahwa seluruh layanan berjalan sesuai standar mutu dan terintegrasi dalam sistem perencanaan pembangunan daerah.

Pengawasan dan evaluasi menjadi bagian penting dari tanggung jawab pemerintah daerah dalam memastikan ketercapaian indikator SPM. Hasil pelaksanaan menunjukkan adanya fluktuasi capaian pada berbagai layanan kesehatan, sehingga diperlukan monitoring berkala, baik triwulanan maupun tahunan, oleh Dinas Kesehatan serta tim lintas sektor. Evaluasi dilakukan dengan melihat capaian indikator, tren kinerja, serta faktor penyebab seperti keterbatasan

sumber daya manusia, sarana prasarana, dan sistem pencatatan pelaporan. Dari hasil evaluasi tersebut, pemerintah daerah menyusun rekomendasi perbaikan melalui integrasi SPM ke dalam dokumen perencanaan seperti RPJMD dan APBD, optimalisasi Dana Alokasi Khusus (DAK), serta penguatan kolaborasi lintas sektor untuk meningkatkan efektivitas layanan kesehatan dasar.

Selain upaya perbaikan, pemerintah daerah juga memiliki tanggung jawab dalam memenuhi konsekuensi atas ketidakpatuhan terhadap SPM, termasuk potensi sanksi administratif dari pemerintah pusat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024, pelanggaran dalam pelaksanaan SPM dapat dikenai teguran tertulis hingga penurunan atau pencabutan akreditasi fasilitas kesehatan. Lebih lanjut, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 mengatur sanksi bertingkat bagi kepala daerah yang tidak melaksanakan kewajiban, termasuk teguran, pemberhentian sementara, hingga pemberhentian tetap. Selain itu, pemerintah pusat juga dapat memberikan pembinaan, pendampingan teknis, serta disinsentif berupa penundaan atau pengurangan alokasi dana. Dengan demikian, optimalisasi SPM Kesehatan menjadi tanggung jawab berlapis yang melibatkan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, evaluasi, serta konsekuensi hukum dan administratif guna memastikan layanan kesehatan dasar benar-benar terpenuhi secara merata dan berkelanjutan.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis, dapat disimpulkan bahwa tanggung jawab pemerintah daerah dalam optimalisasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan memiliki dasar hukum yang kuat, mulai dari Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H hingga berbagai peraturan sektoral seperti Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan kewajiban negara dalam menjamin hak atas pelayanan kesehatan melalui penyediaan sumber daya, sistem yang adil, dan layanan yang merata. Pelaksananya didukung oleh regulasi teknis seperti Permendagri Nomor 59 Tahun 2021 dan Permenkes Nomor 6 Tahun 2024, serta dilakukan melalui tahapan terstruktur mulai dari perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, hingga pelaporan. Pemerintah daerah wajib memastikan ketercapaian indikator SPM melalui evaluasi dan pengawasan berkelanjutan serta menindaklanjuti berbagai kendala yang muncul. Kegagalan dalam pemenuhan kewajiban tersebut dapat berujung pada sanksi administratif, sehingga implementasi SPM Kesehatan tidak hanya menjadi kewajiban administratif, tetapi juga wujud akuntabilitas pemerintah dalam menjamin terpenuhinya hak kesehatan masyarakat secara menyeluruh dan berkelanjutan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada dosen pembimbing yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama proses penelitian ini. Terima kasih juga disampaikan kepada pihak yang telah memberikan kontribusi dalam pelaksanaan penelitian ini. Terakhir, penulis menyampaikan apresiasi kepada *Al-Zayn: Jurnal Ilmu Sosial & Hukum* atas kesempatan untuk mempublikasikan hasil penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

- Agustina, N. M., et al. (2025). *Analisis implementasi kebijakan standar pelayanan minimum bidang kesehatan penderita diabetes melitus di Kabupaten Magelang*. Universitas Gadjah Mada Repository. <https://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/224636>
- Al Gazali. (2017). *Analisis pelaksanaan pembangunan fisik di Kabupaten Bantaeng* [Skripsi/Tesis, Universitas Hasanuddin].
- Ambat, A. (2017). Partisipasi masyarakat dalam pengawasan dana desa di Desa Karatung Kecamatan Nanusa Kabupaten Kepulauan Talaud. *Ejournal Unsrat*, 3(46), 5.
- Andini, M. S., & Agustiani, F. N. (2022). *Perkembangan anggaran dan indikator kesehatan Indonesia menuju SDM yang berkualitas dan berdaya saing*. Pusat Kajian Anggaran Badan Keahlian DPR RI.
- Aridah. (2022). Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat Desa Paya Baro Ranto Panyang Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat. *Jurnal Jurmakes*, 2(2), 2.
- Dewi, A. R. (2021). *Pentingnya standar pelayanan publik*. DJKN Kementerian Keuangan RI. <https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknl-bengkulu/baca-artikel/13921/Pentingnya-Standar-Pelayanan-Publik.html>
- Domingo, K. (2025). *Philippines country commercial guide: Healthcare*. International Trade Administration. <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/philippines-healthcare>
- Elungan, A., dkk. (2025). Government policy in health services: Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan. *Journal of Reflection*, 8(1), 4.
- Expat Financial. (2020). *Philippines healthcare system & medical insurance options for expats*. <https://expatfinancial.com/healthcare-information-by-region/southeast-asia-healthcare-system-and-insurance-options-for-expats/>
- Gunakaya, A. W. (2017). *Hukum hak asasi manusia*. Andi.
- Mahmud, H., & Suparwi. (2014). Perlindungan hukum terhadap pelayanan pasien di Puskesmas Kecamatan Jaten Kabupaten Karanganyar. *Jurnal Serambi Hukum*, 8(2), 7.
- Mardiansyah, R. (2018). Dinamika politik hukum dalam pemenuhan hak atas kesehatan di Indonesia. *Journal Unpar*, 4(1), 2-5.
- Meilani, G., & Munawarah, S. (2023). Implementasi kebijakan standar pelayanan minimal kesehatan di Puskesmas Batujajar Kecamatan Batujajar Kabupaten Bandung Barat. *Jurnal Pemerintahan, Politik Anggaran dan Administrasi Publik*, 3(2).
- Mentang, J. J., dkk. (2018). Hubungan antara kualitas jasa pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di Puskesmas. *Jurnal Kesmas*, 7(5), 3.
- Muhawarman, A. (2025). *Walau tak ada lagi mandatory spending, anggaran kesehatan 2025 tetap di atas 5%*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://kemkes.go.id/id/walau-tak-ada-lagi-mandatory-spending-anggaran-kesehatan-2025-tetap-di-atas5>

-
- Nabila, S., & Alhadi, Z. (2025). Permasalahan yang menghambat implementasi standar pelayanan minimal penyediaan dan rehabilitasi rumah layak huni bagi korban bencana di kota Padang. *Jurnal Ilmu Sosial, Politik dan Humaniora*, 5(2), 5.
- Natamiharja, R., & Mindoria, S. (2019). *Perlindungan hukum atas data pribadi di Indonesia*. Lembaga Penelitian dan Pengabdian Universitas Lampung.
- Nisa, K. F. (2024). *Perbandingan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dan di Singapura*. Universitas Putera Batam.
- Purnia, D. S., dkk. (2020). Penentuan prioritas perencanaan pembangunan daerah menggunakan metode promethee. *Indonesian Journal on Computer and Information Technology*, 5.
- Rampen, Y. A., dkk. (2022). Ratifikasi perjanjian internasional melalui peraturan perundang-undangan nasional di bidang hak asasi manusia. *Ejournal Unsrat*, 5.
- Sugiarto, A., & Mutiarin, D. (2016). *Konsistensi perencanaan pembangunan daerah dengan anggaran daerah*. UMY Repository.
- Ujianti, N. M. P. (2013). Perlindungan hak cipta dalam perspektif hak asasi manusia. *Jurnal Ker-tha Wicaksana*, 19(1), 41.
- Wibowo, R. P., dkk. (2024). Analisis yuridis pelayanan kesehatan yang baik dalam hukum kesehatan di Indonesia perspektif Islam. *University Research Colloquium*, 4-12.
- Yonavilbia, E. (2025). *Sanksi administratif akan diberlakukan bagi pemda yang tak laksanakan SPM*. InfoPublik. <https://infopublik.id/kategori/nusantara/832227/sanksi-administratif-akan-diberlakukan-bagi-pemda-yang-tak-laksanakan-spm>