

Kesehatan Sebagai Bagian dari Hak Asasi Manusia: Studi Kasus Terhadap Kesenjangan Akses Pelayanan Kesehatan di Sebuah Rumah Sakit Pratama di Daerah Kepulauan

Pranasista Berliana Lajuck¹, Medityas Winda Krissinta², Donal Simanjuntak³

^{1,2,3} Fakultas Hukum dan Komunikasi Universitas Katolik Soegijapranata Semarang
lajuckpranasista1975@gmail.com, medityas@gmail.com, banjarwangi1977@gmail.com

Email koresponden penulis: lajuckpranasista1975@gmail.com

Abstrak

Ketersediaan layanan kesehatan adalah faktor penting untuk kelangsungan hidup manusia. Hak untuk memperoleh layanan kesehatan adalah bagian dari hak asasi manusia, sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 28H, ayat (1) dari Undang-Undang Dasar 1945. Ketentuan yang mengatur layanan kesehatan lebih lanjut diatur dalam Pasal 28 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, khususnya dalam paragraf yang berbunyi: "Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses layanan kesehatan primer dan layanan kesehatan lanjutan di seluruh Indonesia." Di daerah terpencil dan sangat terpencil, kesenjangan dalam akses layanan kesehatan masih sering ditemui, terutama karena terbatasnya sumber daya kesehatan, termasuk: infrastruktur yang tidak memadai, fasilitas kesehatan yang sulit dijangkau, distribusi sumber daya manusia kesehatan yang tidak merata, persediaan medis yang tidak mencukupi, kurangnya jaringan internet untuk mendukung Sistem Informasi Kesehatan, teknologi kesehatan yang sudah usang, pendanaan kesehatan yang tidak mencukupi, dan kekurangan sumber daya lain yang diperlukan untuk mendukung ketersediaan akses layanan kesehatan. Makalah ini adalah studi kasus tentang Rumah Sakit Primer di sebuah kabupaten yang terdiri dari pulau-pulau, di mana diskusi berfokus pada analisis situasi keterbatasan sumber daya kesehatan dan apakah keterbatasan ini mampu menciptakan disparitas dalam pemenuhan akses layanan kesehatan.

Kata kunci: layanan kesehatan, daerah terpencil, rumah sakit primer, hak asasi manusia.

Abstract

Availability of healthcare services is a vital factor for human survival. The right to obtain healthcare services is part of human rights, as stated in Article 28H, paragraph (1) of the 1945 Constitution. Provisions regulating healthcare services are further stipulated in Article 28 of Law No. 17 of 2023 concerning Health, particularly in the paragraph that reads: "The Central Government and Regional Governments are obliged to provide access to primary healthcare services and advanced healthcare services throughout Indonesia." In remote and very remote areas, disparities in access to healthcare services are still often encountered, particularly due to limited health resources, including: inadequate infrastructure, difficult-to-reach healthcare facilities, unequal distribution of healthcare human resources, insufficient medical supplies, lack of internet networks to support the Health Information System, outdated health technology, insufficient healthcare funding, and shortages of other resources needed to support the availability of healthcare access. This paper is a case study of a Primary Hospital in a regency consisting of islands, where the discussion focuses on the analysis of the situation of limited health resources and whether these limitations are capable of creating disparities in the fulfillment of healthcare access.

Keywords: healthcare services, remote areas, primary hospital, human rights.

PENDAHULUAN

Kesehatan sangat berkaitan erat dengan kehidupan manusia sehari-hari. Ketersediaan pelayanan kesehatan dan obat-obatan, lingkungan yang bersih dan sehat, serta hal-hal lain terkait dengan kesehatan adalah faktor yang vital bagi keberlangsungan hidup manusia. Tanpa hal-hal tersebut, manusia mungkin sulit untuk hidup secara bermartabat, bahkan kesehatan yang buruk dapat beresiko memperpendek usia harapan hidup seseorang.

Kesehatan diamanatkan dalam Konstitusi atau UUD 1945 sebagai bagian dari hak asasi manusia (HAM). Ketentuan mengenai hal ini tercantum dalam Pasal 28H ayat (1) Bab XA tentang Hak Asasi Manusia dalam UUD 1945 yang menyatakan: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”¹. Kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) Bab XIV tentang Perekonomian Nasional Dan Kesejahteraan Sosial dalam UUD 1945, ada pernyataan yang menyebutkan tentang pelayanan kesehatan sebagai berikut: “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”². Sementara itu, Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia dan Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya juga menekankan pentingnya akses yang setara terhadap layanan kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia. Dengan demikian jelaslah bahwa hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia.

Hal-hal yang mengatur ketentuan tentang pelayanan kesehatan lebih lanjut diatur dalam Pasal 28 UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, terutama pada ayat (1) yang berbunyi: “Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan di seluruh wilayah Indonesia”³. Jadi dapat disimpulkan bahwa adalah kewajiban bersama antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah untuk menyediakan akses Pelayanan Kesehatan baik primer maupun lanjutan di suatu daerah dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Meskipun sudah diamanatkan dalam UUD 1945 dan UU 17/2023 tentang Kesehatan, penyediaan akses pelayanan kesehatan di daerah terpencil tetap saja menjadi tantangan sendiri, baik oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah. Di sisi lain, desentralisasi pelayanan kesehatan merupakan salah satu tugas dan wewenang yang dilimpahkan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah. Oleh karena itu, bidang kesehatan merupakan urusan pemerintah daerah yang dapat dipertanggungjawabkan (public accountability) kepada masyarakat setempat. Di daerah yang terpencil dan sangat terpencil tidak jarang masih ditemui adanya kesenjangan dalam pemenuhan akses pelayanan kesehatan yang tidak terbatas hanya pada keterbatasan sumber daya kesehatan. Adapun keterbatasan yang ada pada umumnya meliputi: infrastruktur yang kurang memadai, sulit terjangkaunya fasilitas pelayanan kesehatan, distribusi SDM kesehatan yang tidak merata, perbekalan kesehatan yang tidak memadai, ketiadaan jaringan internet untuk mendukung Sistem Informasi Kesehatan, teknologi kesehatan yang masih ketinggalan jaman, kurangnya anggaran kesehatan, dan kekurangan sumber daya lain yang dibutuhkan untuk menunjang ketersediaan akses pelayanan kesehatan. Kesenjangan satu atau lebih poin-poin di atas berpotensi menciptakan ketidaksetaraan

¹ Indonesia. Undang-Undang Dasar 1945 Amandemen IV, LN. No. 14 Tahun 2006. Ps. 28H ayat (1).

² Ibid

³ Indonesia. Undang-Undang tentang Kesehatan, UU Nomor 17 Tahun 2023, LN 2023 (105), TLN (6887): 198 hlm.; jdih.setneg.go.id

dalam akses dan kualitas layanan kesehatan, sehingga menjadi suatu permasalahan tersendiri dalam upaya menjunjung tinggi hak asasi manusia sepenuhnya.

Tulisan ini merupakan suatu studi kasus terhadap sebuah RS Pratama di sebuah kabupaten yang wilayahnya kebetulan berupa kepulauan, yang disebut dengan inisial RSPB dalam kajian ini. RS ini sebagai sebuah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, memiliki peran penting dalam menyediakan layanan kesehatan dasar bagi masyarakat setempat, khususnya di daerah tertinggal, perbatasan maupun kepulauan. Namun, berbagai faktor seperti keterbatasan sumber daya kesehatan, infrastruktur yang kurang memadai, dan distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata dapat mengganggu akses pelayanan kesehatan, dengan demikian akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Kesenjangan seperti ini dapat berdampak signifikan terhadap pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat setempat.

Kajian ini akan membahas tentang kesenjangan dalam pemenuhan akses pelayanan kesehatan oleh RSPB dengan fokus khusus pada perspektif hak asasi manusia. Studi kasus di RSPB diharapkan dapat memberikan gambaran konkret tentang bagaimana kesenjangan dalam pemenuhan akses pelayanan kesehatan berpotensi melanggar prinsip-prinsip kesetaraan dan non-diskriminasi dalam pemenuhan HAM. Analisis yang dilakukan secara komprehensif akan dapat mengidentifikasi faktor-faktor penghambat pelayanan kesehatan dan menganalisis dampaknya terhadap hak masyarakat atas kesehatan. Analisis terhadap faktor-faktor penyebab, dampak, serta upaya-upaya yang telah dan perlu dilakukan untuk mengatasi kesenjangan tersebut menjadi penting dalam rangka merumuskan strategi perbaikan sistem kesehatan yang lebih adil dan merata.

Kajian ini juga akan mengeksplorasi pembagian peran dan tanggung jawab antara Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di sebuah RS Tipe D Pratama. Selanjutnya, dapat dilakukan analisis kebijakan, program dan inisiatif yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah untuk mengatasi masalah kesehatan, menilai efektivitasnya dan menilai dampaknya terhadap hak masyarakat atas akses pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan berbasis hak asasi manusia harus fokus pada pemahaman akan penghormatan terhadap martabat dan hak setiap individu, menjamin akses yang adil dan setara serta memberikan layanan yang aman, berkualitas tinggi, dan terjangkau bagi semua.

METODE ANALISIS

Metode analisis yang dapat dilakukan terhadap kesenjangan akses pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit di daerah terpencil dapat menggunakan berbagai cara. Adapun cara yang sering digunakan adalah dengan cara datang langsung ke RS yang bersangkutan untuk melakukan survei, wawancara, dan diskusi dengan pasien, tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan setempat. Survei dapat dilakukan dengan membagikan kuesioner yang mendetail tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan medis dan penunjang medis, ketersediaan tenaga medis/kesehatan, fasilitas RS, ketersediaan obat-obatan, dan aksesibilitas RS. Jika tidak memungkinkan untuk melakukan kunjungan langsung, maka dapat dilakukan pendekatan analisis menggunakan data sekunder, mulai dari peraturan perundang-undangan sebagai landasan hukum, dokumen profil RS, laporan hasil analisis dari dinas kesehatan, laporan tahunan RS, laporan data penyakit terbanyak, dan sebagainya. Kemudian hasil analisis biasanya berupa statistik deskriptif untuk memberikan gambaran umum tentang akses pelayanan kesehatan di suatu wilayah. Data yang diperoleh dapat juga dilakukan analisis secara korelasi untuk mengetahui hubungan antara kondisi sosial ekonomi masyarakat dengan tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh RS. Analisis

tidak hanya dapat dilakukan secara kuantitatif, namun juga secara kualitatif dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kesenjangan akses pelayanan kesehatan. Selanjutnya, peneliti dapat membuat rekomendasi kebijakan bagi pemerintah daerah untuk mengurangi kesenjangan yang ada.

Jika diperlukan, peneliti dapat juga mengidentifikasi berbagai indikator sosial ekonomi masyarakat setempat dengan melihat data pendapatan/penghasilan rata-rata, tingkat pendidikan dan status pekerjaan di suatu wilayah. Dapat juga dilakukan survey terhadap indikator kesehatan suatu wilayah dengan mengumpulkan angka kematian bayi, angka harapan hidup, prevalensi penyakit kronis dan berbagai indikator lainnya. Peneliti juga dapat membandingkan kondisi dan kinerja RS yang akan dianalisis dengan RS lain yang sudah eksis terlebih dahulu, sehingga dapat diidentifikasi adanya kesenjangan dalam menerapkan standar pelayanan kesehatan.

Dari laporan resmi yang diterbitkan oleh RS, peneliti dapat memperoleh gambaran tentang aktivitas pelayanan yang telah dilakukan, beserta tantangan dan solusi yang telah diterapkan di RS daerah terpencil tersebut, serta dapat dibuat analisis komparatif dengan membandingkan temuan dari berbagai studi kasus untuk mengidentifikasi masalah dan mencari solusi yang tepat.

Metode analisis yang digunakan dalam kajian ini menggunakan pendekatan secara kualitatif untuk menjelaskan permasalahan yang ada dan berfokus pada penelitian secara deskriptif melalui penjabaran dalam hal-hal yang disebutkan dalam dokumen profil RSPB. Selain itu, juga telah dilakukan wawancara lewat aplikasi whatsapp dengan direktur RSPB secara langsung oleh salah satu penulis untuk mengetahui perkembangan situasi dan kondisi terkini RSPB. Selain itu, penulis juga membandingkan laporan berita acara visitasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi dengan standar RS Pratama yang dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2014 Tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1094/2024 Tentang Standar Akreditasi Dan Biaya Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama, untuk mengetahui adanya kesenjangan pelayanan kesehatan yang sedang terjadi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Definisi RS Pratama dan Landasan Hukumnya

RS Pratama, atau lebih tepatnya RS Kelas D Pratama dibentuk melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2014 Tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama. Dalam Pasal 1 angka 1 Permenkes 24/2014 tersebut disebutkan tentang definisi RS Pratama, di mana disebutkan bahwa: “Rumah Sakit Kelas D Pratama adalah rumah sakit umum yang hanya menyediakan pelayanan perawatan kelas 3 (tiga) untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan perorangan yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, serta pelayanan penunjang lainnya”⁴.

Menurut Pasal 3 Permenkes 24/2014 tersebut, RS Kelas D Pratama paling sedikit menyelenggarakan pelayanan sebagai berikut: a) pelayanan medik umum; b) pelayanan gawat darurat; c) pelayanan keperawatan; d) pelayanan laboratorium pratama; e) pelayanan radiologis, dan d) pelayanan farmasi. Lebih lanjut menurut Pasal 5 ayat (1) Permenkes 24/2014 tersebut, Rumah Sakit Kelas D Pratama minimal harus memiliki 4 (empat) orang dokter umum dan 1 (satu) orang dokter

⁴ Indonesia. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama. Nomor 24 Tahun 2014

gigi yang mempunyai surat izin praktik di rumah sakit tersebut. Sedangkan ketentuan minimum tentang jumlah tempat tidur ruang perawatan tertulis dalam Pasal 5 ayat (2) Permenkes 24/2014 yang berbunyi: “Jumlah tempat tidur minimal 10 (sepuluh) yang seluruhnya merupakan tempat tidur perawatan pasien kelas III”.

Kriteria umum penetapan lokasi Rumah Sakit Kelas D Pratama adalah sebagai berikut⁵:

- a) Rumah sakit sulit dijangkau atau belum tersedia.
- b) Daerah Terpencil Daerah Terpencil adalah daerah yang sulit dijangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografis (kepulauan, pegunungan, daratan, hutan dan rawa), transportasi, dan sosial budaya.
- c) Daerah Tertinggal Daerah tertinggal adalah daerah kabupaten yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional dan berpenduduk relatif tertinggal.
- d) Daerah Perbatasan Daerah perbatasan adalah kabupaten/wilayah geografis yang berhadapan dengan negara tetangga, baik dibatasi darat maupun laut.
- e) Daerah pulau-pulau kecil terluar Daerah pulau-pulau kecil terluar adalah pulau dengan luas area kurang atau sama dengan 2000 km² yang memiliki titik dasar koordinat geografis yang menghubungkan garis pangkal laut kepulauan sesuai dengan hukum nasional dan internasional.
- f) Daerah perkotaan dengan kepadatan penduduk yang cukup tinggi.

Meskipun didirikan di lokasi-lokasi seperti tertulis di atas yang sulit dijangkau, RS Pratama tetap harus memiliki fasilitas penunjang, yaitu air bersih, pembuangan limbah, listrik, dan sarana komunikasi yang memenuhi persyaratan⁶.

2. Analisis Situasi RSPB Sebagai RS Pratama dan Keterbatasan Sumber Daya Kesehatan yang Dialami

RSPB merupakan salah satu UPTD Dinas Kesehatan di sebuah kabupaten di Sulawesi Tengah. RS ini berdiri di atas lahan milik pemerintah daerah seluas 20.000 m² dengan luas bangunan 5000 m². Bangunan RS didirikan menggunakan dana alokasi khusus (DAK) dari Pemerintah Pusat. RS Pratama ini merupakan salah satu pusat pelayanan kesehatan yang berjarak 130 Km dari Ibukota kabupaten. Perkembangan pembangunan RSPB dimulai seiring dengan tuntutan masyarakat akan pentingnya pelayanan kesehatan rujukan.

⁵ Kementerian Kesehatan RI, “Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Kelas D Pratama”, (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2013), hlm. 5.

⁶ Ibid, hlm. 6



Gambar 1. Gambaran RSPB (Sumber: Google Maps)

RSPB diresmikan pada tanggal 28 November 2018. Pada waktu diresmikan, RSPB memiliki 2 tenaga dokter umum, 10 bidan, 20 perawat, 5 administrator kesehatan dan 5 tenaga non kesehatan. Di tahun 2023, jumlah SDM bertambah menjadi 4 tenaga dokter umum, 33 tenaga perawat, 15 tenaga bidan, 9 tenaga kesehatan masyarakat, 2 tenaga apoteker, 4 tenaga asisten apoteker, 1 tenaga rekam medik, 1 tenaga nutrisisionis, 2 tenaga laboratorium dan 18 tenaga non kesehatan. Ruang rawat inap mempunyai kapasitas 19 tempat tidur, namun pelayanan rawat inap masih belum mampu menjawab kebutuhan pelayanan kesehatan yang prima, karena belum ditunjang dengan peralatan laboratorium, radiologi dan farmasi yang lengkap.

Permasalahan yang dialami oleh RSPB sebagai RS Pratama adalah sebagai berikut^{7,8}:

- a) Belum ada Peraturan Daerah yang mendukung tentang pembentukan, kedudukan, susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja unit pelaksana teknis daerah (UPTD) RSPB sebagai aturan pelaksana dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2014 Tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama.
- b) RS berada di sebuah pulau yang cukup jauh dari daratan. Sebagai gambaran, seseorang yang berangkat dari RSPB perlu menumpang kapal ferry selama 3 jam menuju bandara terdekat di daratan Pulau Sulawesi, sehingga menyulitkan transportasi dan evakuasi pasien rujukan ke ibu kota provinsi.
- c) Rute menuju RS lewat transportasi darat dari pelabuhan terdekat sebagian masih belum diaspal seluruhnya, sehingga jalan yang ditempuh sebagian masih berupa jalan tanah saja.
- d) Fasilitas penunjang seperti listrik dan air bersih masih belum memadai. Listrik di wilayah Kecamatan setempat sampai saat ini baru beroperasi 12 Jam yaitu menyala saat malam hari saja, sedangkan pelayanan jasa PDAM sudah ada namun masih belum memadai, sehingga masih mengandalkan sumber air dari dalam tanah. Meskipun sumber air tanah cukup jernih, namun

⁷ Profil Rumah Sakit Pratama Bilabanggai.

⁸ Berita Acara Visitasi Peningkatan Kelas RSUD Pratama Bilabanggai Kabupaten Banggai Kepulauan.

hingga saat ini pengujian kualitas air belum pernah dilakukan, karena waktu tempuh ke ibu kota provinsi memakan waktu tempuh yang cukup lama dan membutuhkan biaya perjalanan yang tidak sedikit.

- e) RSPB belum terakreditasi, namun masih dapat menerima layanan BPJS Kesehatan. Kondisi seperti ini diberi tenggat waktu hingga tanggal 31 Desember 2024, sehingga manajemen RSPB harus secepatnya mempersiapkan diri untuk menjalani akreditasi, atau terancam tidak dapat menerima pasien jaminan BPJS Kesehatan sama sekali. Kondisi seperti ini semakin rumit karena panduan akreditasi RS tipe D Pratama baru diterbitkan pada bulan Juni 2024, sehingga tenggat waktu untuk menjalani akreditasi dirasakan sangat pendek.
- f) Terdapat keterbatasan SDM kesehatan yang meliputi kurangnya radiografer, dokter gigi, analis lab, tenaga ATEM (Teknisi Elektro-Medis), dll.
- g) Peralatan medis banyak yang mengalami kerusakan selama dalam pengangkutan di perjalanan, sehingga tidak dapat dipakai. Hal ini berhubungan dengan kesulitan transportasi selama perjalanan. Hal ini menyebabkan bagian laboratorium masih belum dapat melakukan pelayanan laboratorium dasar sesuai standar akreditasi Kemenkes, seperti hematologi rutin dan kimia darah rutin. Pemeriksaan laboratorium sederhana selama ini dilakukan menggunakan alat easy touch saja.
- h) Belum tersedianya tempat penyimpanan rekam medik yang sesuai standar akreditasi RS.
- i) Belum tersedianya formulir pengkajian pasien termasuk lembar edukasi dan asesmen nyeri, baik di rawat inap maupun rawat jalan.
- j) Belum dicantumkannya nama ruangan pada poli di rawat jalan dan ruangan perawatan.
- k) Pelayanan IGD yang belum sesuai standar akreditasi, seperti belum adanya alur triase, ruang/tempat dekontaminasi, trolley emergency, tas emergency kit, bedside monitor, oksigen sentral, tempat tidur sesuai standar keselamatan pasien, serta kurangnya stok obat emergency di IGD.
- l) Belum tersedianya ruang pengambilan spesimen sputum yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis.
- m) Pelayanan rawat inap yang masih belum memenuhi standar akreditasi:
 - 1) Pelayanan rawat inap khusus pasien anak masih belum ada di RSPB, sehingga bercampur dengan perawatan orang dewasa, jadi bila ada pasien anak atau balita yang datang ke RS yang membutuhkan perawatan kesehatan khusus anak, akan langsung dirujuk ke RSUD terdekat yang dapat ditempuh dengan jalan darat selama 3-6 jam.
 - 2) Tempat tidur ruang rawat inap masih belum memenuhi standar keselamatan pasien, dan belum diberi tirai pembatas antar tempat tidur.
- n) Belum tersedianya pelayanan anestesi dan bedah, termasuk sarana dan prasarana sesuai standar: lampu operasi, meja operasi, ventilator, suction pump, mesin anestesi, laparotomi set, obgyn set, dll. Ruang operasi pun masih belum sesuai standar akreditasi (pembedaan antara alur masuk dan keluar pasien, serta alur keluar masuknya linen bersih dan kotor).
- o) Pelayanan Farmasi masih belum memenuhi standar akreditasi:
 - 1) Belum terpenuhinya ketersediaan obat; obat-obatan yang tersedia di RSPB hanya sebatas obat-obat dasar saja sesuai standar puskesmas, dan belum semua obat-obatan emergency tersedia.
 - 2) Ruang penyimpanan obat belum terpasang AC, dan monitoring suhu ruangan (termometer) tidak ada. Selain itu suhu ruangan terasa cukup panas sehingga berpotensi merusak obat-obatan tertentu yang peka terhadap suhu panas, serta belum ada SPO evaluasi/monitoring hasil pengukuran suhu secara berkala.

- 3) Belum ada penyediaan lemari obat psikotropika yang sesuai standar, dan belum ada SPO pendelegasian pemegang kunci lemari penyimpanan obat psikotropika (Obat Keras Tertentu).
 - 4) Belum ada cold chain untuk transportasi vaksin.
 - 5) Penataan ruangan farmasi dan gudang farmasi masih belum sesuai standar, obat-obatan masih tersimpan dalam kardus, dan tidak disimpan dalam lemari.
 - 6) Belum ada pallet khusus untuk cairan infus.
- p) Pelayanan gizi masih belum sesuai standar akreditasi:
- 1) Belum ada dokumen alur pelayanan di ruangan gizi, SPO penerimaan bahan baku, pengolahan, penyajian dan pembersihan peralatan makanan (infeksius dan non infeksius) sesuai standar akreditasi.
 - 2) Belum ada lemari pendingin / kulkas khusus untuk penyimpanan sampel makanan agar dapat disimpan selama 3 hari, dan belum ada SPO-nya.
 - 3) Belum ada trolley khusus untuk makanan.
 - 4) Belum ada pemilahan ruangan sesuai standar untuk penyimpanan bahan makanan mentah, pengolahan dan penyajian.
 - 5) Belum ada penyediaan wastafel terpisah untuk pencucian peralatan makanan pasien infeksius dan non infeksius.
 - 6) Belum ada kebijakan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan berkala dan peningkatan SDM tenaga gizi.
- q) Sistem Manajemen Fasilitas dan Keselamatan masih belum sesuai standar akreditasi:
- 1) Penataan sistem elektrikal dan tata udara (HVAC) belum sesuai standar.
 - 2) APAR masih belum tersedia, bahkan di tempat-tempat yang berisiko kebakaran seperti ruang laboratorium dan tempat TPS limbah B3 pun belum ada APAR.
 - 3) Pemasangan tanda-tanda hazard, marka evakuasi, papan K3 pada setiap unit dan area strategis RS belum tersedia.
 - 4) Pemasangan marka pencegahan bahaya baik lantai licin maupun area tertentu belum tersedia.
 - 5) Kalibrasi peralatan kesehatan sama sekali belum dilakukan.
 - 6) Belum ada penyediaan fasilitas dan aksesibilitas untuk menjamin terwujudnya kemudahan bagi difabel dan lanjut usia masuk dan keluar ke dan dari bangunan serta beraktivitas secara mudah, aman, nyaman, dan mandiri.
 - 7) Belum ada program pemeliharaan sarana prasarana yang ada di rumah sakit.
- r) Pengolahan sampah dan limbah masih belum sesuai standar akreditasi:
- 1) Pasokan listrik belum 24 jam, sehingga proses pengelolaan IPAL tidak berjalan dengan baik.
 - 2) Pemilahan sampah antara sampah medis dan sampah non medis masih belum dilakukan.
 - 3) Belum dilakukan pemeriksaan hasil baku mutu air limbah secara berkala (Pemeriksaan terakhir Juni 2022).
 - 4) Tempat Pembuangan Sampah (TPS) yang ada tidak sesuai standar akreditasi, sehingga perlu direlokasi dan dimaksimalkan pemanfaatannya. Pihak RS perlu mengurus izin TPS.
 - 5) Tempat penyimpanan sementara limbah B3 belum dilengkapi dengan fasilitas cuci tangan, eye washer, APD, APAR, papan K3 serta tanda-tanda hazard.
- s) Banyak dokumen-dokumen penting seperti peraturan hospital bylaws dan medical staff bylaws, kebijakan direktur, pedoman, panduan, dan SPO yang belum tersedia.
- t) Belum ada program kerja pendidikan dan peningkatan kapasitas SDM bagi tenaga teknis dan non teknis yang diperlukan untuk menunjang kegiatan layanan di rumah sakit.

- u) Belum ada Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS), Komite Mutu Rumah Sakit dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RSPB.
- v) Belum ada pelayanan kesehatan lainnya yang dibutuhkan oleh masyarakat, namun bukan merupakan standar minimal RS Pratama, seperti pelayanan perinatologi dan perawatan isolasi.
- w) Tidak ada rumah dinas bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan, sehingga menyulitkan pihak RS untuk mendatangkan tenaga medis dan tenaga kesehatan tertentu dari luar daerah.
- x) Belum tersedianya ambulans laut dan mobil operasional guna menunjang operasional pelayanan kesehatan.
- y) Kondisi finansial RSPB masih mengalami masalah karena membutuhkan biaya yang sangat besar, sedangkan sumber pendapatan yang diperoleh RSPB hanya berasal dari dana kapitasi BPJS Kesehatan, dan dana untuk membayar gaji dari SDM Kesehatan honorer hanya mengandalkan dana operasional dari pemerintah daerah setempat. Terlebih lagi dana operasional tersebut juga digunakan untuk membeli solar untuk genset listrik, biaya pembelian obat-obatan dan Bahan Habis Pakai (BHP) lainnya. Kondisi yang seperti ini membuat RSPB benar-benar mengalami masalah pendanaan untuk dapat menjalankan kegiatan operasional sebagaimana mestinya.

3. Keterbatasan Sumber Daya Kesehatan Yang Dialami RSPB Mampu Menciptakan Kesenjangan Dalam Pemenuhan Akses Pelayanan Kesehatan

Berikut ini adalah kesenjangan-kesenjangan yang dapat terjadi dalam upaya pemenuhan akses pelayanan kesehatan oleh RSPB dalam rangka penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Perorangan sesuai dengan UU 17/2023 tentang Kesehatan:

- a) Masalah kurangnya Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan:

RS di daerah terpencil tak terkecuali RSPB sering kali kekurangan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang berkualifikasi, seperti dokter spesialis, dokter umum dengan kompetensi tambahan, analis laboratorium, radiografer, dan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini dapat mengurangi kualitas pelayanan kesehatan yang dapat diberikan, karena pelayanan kesehatan yang diberikan pastinya tidak sesuai dengan kompetensi sang pemberi layanan. Hal ini meningkatkan risiko terjadinya malpraktik medis dan peningkatan risiko kematian pasien di daerah terpencil, sehingga mengganggu hak untuk hidup bagi masyarakat setempat.

- b) Keterbatasan fasilitas dan peralatan medis:

Banyak RS di daerah terpencil dan juga RSPB tidak memiliki fasilitas dan peralatan medis yang memadai untuk menangani kondisi kesehatan tertentu. Pelayanan radiologi dan juga pelayanan laboratorium yang sangat tidak memadai akan menyulitkan dokter di RSPB dalam melakukan penegakan diagnosis dan menentukan pengobatan yang tepat. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan gangguan pada hak masyarakat setempat untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental.

- c) Keterbatasan akses terhadap Obat-Obatan:

Ketersediaan obat-obatan esensial di RS daerah terpencil memang sering kali terbatas. Hal ini juga dialami oleh RSPB. Bahkan untuk obat-obatan yang diperlukan dalam kondisi emergensi pun tidak lengkap. Hal ini sangat menghambat penanganan penyakit dan meningkatkan risiko kematian pasien di Instalasi Gawat Darurat. Dengan demikian, masalah seperti ini dapat mengganggu hak untuk hidup seseorang yang membutuhkan pelayanan kesehatan gawat darurat.

- d) Keterbatasan logistik dan infrastruktur yang tidak memadai, termasuk sulit terjangkaunya fasilitas pelayanan kesehatan:

Akses yang sulit ke daerah terpencil, infrastruktur yang tidak memadai, termasuk jalur laut dan jalur darat dan udara yang buruk dan kurangnya transportasi, dapat menghambat distribusi sumber daya medis dan mobilitas tenaga medis, yang berujung pada penurunan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat setempat. Di sisi lain, transportasi alat-alat kesehatan yang berukuran besar seperti mesin X-ray, hematology analyzer, dan chemistry analyzer mudah rusak selama dalam perjalanan jika tidak di-handling secara khusus, sebagaimana peralatan elektronik pada umumnya. Hal ini juga dialami oleh RSPB, di mana ketiga alat tersebut pada saat didatangkan sudah dalam kondisi rusak. Sebagai akibatnya, pelayanan kesehatan menjadi terganggu, yang pada akhirnya mengurangi hak-hak dasar masyarakat setempat untuk memperoleh akses pelayanan kesehatan yang layak.

- e) Kurangnya dukungan pemerintah dan kebijakan anggaran di bidang kesehatan yang masih belum memadai:

Kurangnya perhatian dan dukungan dari pemerintah pusat maupun daerah dalam bentuk kebijakan yang mendukung peningkatan pelayanan kesehatan di daerah terpencil juga menjadi salah satu penyebab kesenjangan ini. Hal ini juga terjadi pada RSPB, di mana masih belum dibuat Peraturan Daerah yang mengacu pada Permenkes 24/2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama yang menjadi landasan hukum beroperasinya RSPB. Kondisi ini diperparah dengan keterbatasan dana operasional yang dikucurkan oleh pemerintah daerah. Hal ini sangat menyulitkan dalam hal pengalokasian anggaran di bidang kesehatan, terutama dalam hal penyediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang berkompeten, serta penyediaan obat-obatan yang memadai. Di sisi lain, hingga saat ini belum ada kebijakan dari Pemerintah Pusat untuk menganggarkan dana perbaikan alat-alat yang datang dalam kondisi rusak, sehingga malah membebani keuangan pemerintah daerah setempat dan RS Pratama tersebut. Hal-hal seperti inilah yang menyebabkan pemenuhan hak-hak dasar masyarakat setempat akan pelayanan kesehatan yang layak menjadi sulit terlaksana.

4. Rekomendasi Solusi Yang Dapat Dilakukan

Menurut pandangan penulis, ada banyak sekali permasalahan yang harus segera diselesaikan untuk menuntaskan masalah ketersediaan akses pelayanan kesehatan di RSPB, di mana masalah-masalah tersebut sangat berdampak bagi pemenuhan hak-hak dasar akan pelayanan kesehatan bagi masyarakat setempat. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa keterbatasan akses pelayanan kesehatan di RSPB melanggar prinsip kesetaraan dan non-diskriminasi dalam pemenuhan HAM seperti yang diamanatkan dalam Pasal 28H UUD 1945. Untuk mengatasi kesenjangan di bidang kesehatan di RSPB, harus ada kerja sama yang baik antara Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah setempat.

Urusan pembagian tugas dan kewenangan antara Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah. Pasal 12 ayat (1) UU 23/2014 tersebut menyebutkan bahwa kesehatan adalah salah satu Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar, di mana hal ini merupakan bagian dari Urusan Pemerintahan Konkuren yang menjadi kewenangan Daerah (Pasal 11 ayat (1) dan (2) UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah). Sedangkan pengertian Urusan Pemerintahan Konkuren adalah Urusan Pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah provinsi dan Daerah

kabupaten/kota (Pasal 9 ayat (3) UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah). Pasal 7 ayat (2) UU 23/2014 menyebutkan bahwa: “Presiden memegang tanggung jawab akhir atas penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dan Daerah”⁹.

Dari uraian paragraf di atas, dapat disimpulkan bahwa urusan pemerintahan di bidang kesehatan merupakan kewenangan sepenuhnya di pemerintah daerah setempat, tetapi tanggung jawabnya dibagi antara pemerintah daerah dan Pemerintah Pusat. Jika mengacu pada ketentuan dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak, maka tanggung jawab Negara (Pemerintah Pusat) hanya sebatas pada penyediaan prasarana fasilitas pelayanan kesehatannya saja, dan bukan tanggung jawab Pemerintah Pusat sepenuhnya untuk memfasilitasi urusan pelayanan kesehatan dari A sampai Z. Dalam hal pembiayaan tenaga kesehatan dan menyediakan sarana pelayanan kesehatan, masih tanggung jawab pemerintah daerah sepenuhnya. Namun masih terbuka kesempatan dalam hal pemenuhan tenaga medis lewat campur tangan Pemerintah Pusat, yaitu dengan cara pemberian beasiswa lewat jalur LPDP (Lembaga Pengelola Dana Pendidikan) bagi tenaga medis yang memenuhi syarat untuk mengikuti Tugas Belajar (Tubel). Pemenuhan alat-alat kesehatan tertentu yang menjadi program Pemerintah Pusat masih dapat diperoleh lewat program Dana Alokasi Khusus (DAK).

Berikut ini adalah beberapa hal yang dapat dilakukan pihak pemerintah daerah dan pihak RSPB untuk menyelesaikan permasalahan akses pelayanan kesehatan di RSPB:

- a) Hal-hal Yang Dapat Dilakukan Oleh Pemerintah Daerah untuk meningkatkan akses Pelayanan Kesehatan di RSPB:
 - Pemerintah daerah setempat harus segera memperbaiki ketersediaan fasilitas penunjang seperti listrik dan air bersih agar RSPB dapat beroperasi tanpa hambatan karena masalah infrastruktur yang tidak memadai. Pengaspalan jalan juga perlu dipercepat prosesnya untuk memudahkan transportasi darat.
 - Pemerintah daerah setempat harus mengimplementasikan kebijakan pelayanan kesehatan RS Kelas D Pratama dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda), yang mengacu pada Permenkes 24/2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama yang menjadi landasan hukum beroperasinya RS Pratama, terutama RSPB.
 - Setelah Perda yang dimaksud seperti di atas diterbitkan, maka harus segera dialokasikan anggaran daerah untuk melengkapi dan memperbaiki segala sarana prasarana yang dibutuhkan oleh RSPB untuk kepentingan akreditasi RS.
 - Pemerintah daerah diharapkan dapat menganggarkan dana operasional tambahan untuk membantu perbaikan berbagai sarana kesehatan dan alat-alat kesehatan yang mengalami kerusakan. Anggaran biaya dapat berasal dari APBD, atau dari dana operasional untuk keperluan kegiatan RS.
 - Pemerintah daerah setempat dapat mencari sumber dana tambahan melalui kerja sama dengan swasta atau donor lain untuk memenuhi kebutuhan anggaran pembiayaan RSPB.
 - Pemerintah daerah provinsi harus secara proaktif turun tangan melakukan untuk monitoring dan evaluasi pengawasan RSPB secara langsung dan memastikan perbaikan layanan kesehatan berjalan sesuai dengan masukan yang telah diberikan pada kunjungan visitasi tahun 2023 yang lalu. Dapat dipertimbangkan untuk melakukan monitoring secara daring untuk

⁹ Indonesia. Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah, UU Nomor 23 Tahun 2014, LN 2014/No.244, TLN 5587: LL SETNEG:212 HLM

memantau perkembangan RSPB dalam upayanya memenuhi persyaratan untuk mengikuti akreditasi RS tipe D Pratama.

- Pemerintah daerah setempat perlu menjalin kerja sama dengan stakeholder lokal termasuk swasta, masyarakat untuk mengatasi kesenjangan akses dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
- Pemerintah daerah setempat perlu menganggarkan dana untuk membangun rumah dinas bagi tenaga medis atau tenaga kesehatan yang akan didatangkan dari luar daerah. Tanpa rumah dinas yang layak, akan sulit sekali untuk mendatangkan residen atau dokter spesialis yang bersedia untuk bertugas di RSPB.
- Kurangnya SDM kesehatan berupa tenaga dokter spesialis, dokter gigi, analis laboratorium, radiografer, dan tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan harus menjadi prioritas bagi pemerintah daerah setempat untuk segera dipenuhi. Jika diperlukan, perlu dilakukan kerja sama dengan fakultas kedokteran negeri setempat untuk mendatangkan residen dengan spesialisasi yang dibutuhkan, misalnya residen bedah, anak, penyakit dalam, dan obgyn. Namun dalam perencanaan dan pelaksanaannya, diperlukan anggaran yang tidak sedikit untuk dapat mendatangkan dokter residen yang bersangkutan.

b) Hal-hal yang dapat dilakukan oleh pihak RSPB untuk meningkatkan pelayanan kesehatan:

- Pihak manajemen RSPB sebaiknya segera mempersiapkan proses akreditasi secepatnya, karena tenggat waktu yang diberikan oleh Pemerintah tinggal beberapa bulan lagi untuk mendapatkan status akreditasi.
- RSPB perlu untuk menaikkan statusnya menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) agar dapat mengelola keuangannya secara mandiri.
- RSPB perlu mengajukan tambahan dana DAK ke Pemerintah Pusat agar dapat melakukan perbaikan prasarana yang tidak memenuhi persyaratan akreditasi, seperti penyediaan sistem tata udara (HVAC), sistem oksigen sentral, tambahan ruangan untuk ruang isolasi, renovasi kamar bedah, dll.
- RSPB perlu mengajukan pemenuhan tenaga radiografer dan analis laboratorium agar memenuhi persyaratan akreditasi.
- Jika hendak menaikkan kelas RS dari kelas D Pratama menjadi kelas D, pihak manajemen RSPB dapat melakukan langkah-langkah sebagai berikut:
 - Perlu melakukan penambahan sebanyak 31 tempat tidur, sesuai persyaratan rumah sakit kelas D yang tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha Dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, di mana ketersediaan seluruh tempat tidur rawat inap RSU kelas D paling sedikit sebanyak 50 tempat tidur (TT).
 - Pihak RS juga perlu mengalokasikan tempat tidur sedikitnya sebanyak 60% untuk Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS-JKN), sesuai regulasi yang mulai diterapkan per tanggal 1 Januari 2025. Ditargetkan jumlah tempat tidur untuk pasien BPJS Kesehatan adalah sebanyak 30 TT.
 - Penyediaan TT untuk layanan perawatan intensif paling sedikit 10 % dari total TT (5 TT), terdiri atas 6 % untuk pelayanan ICU (3 TT, salah satu TT harus dilengkapi ventilator) dan 4 % untuk perawatan NICU/PICU (2 TT, salah satunya dilengkapi dengan CPAP).
 - Penyediaan TT isolasi paling sedikit sebanyak 10 % dari seluruh TT rumah sakit (5 TT). Ruang isolasi harus dilengkapi dengan filter HEPA dan bertekanan negatif.

- Perlu penyediaan tirai pembatas antar tempat tidur di ruang perawatan sesuai standar.
- Pihak manajemen RSPB sebaiknya mengupayakan perbaikan alat-alat kesehatan yang rusak, seperti mesin X-ray, hematology analyzer, dan chemistry analyzer. Biaya perbaikan juga termasuk biaya mendatangkan teknisi dari supplier/vendor alat kesehatan yang rusak tersebut, dan membayar biaya penggantian sparepart yang dibutuhkan. Untuk itu RSPB mungkin perlu bekerja sama dengan dinas kesehatan pemerintah daerah setempat untuk meminta alokasi dana tambahan dari APBD. Jika perbaikan alat-alat kesehatan yang rusak tidak memungkinkan atau karena terlalu mahal, maka RSPB dapat mengajukan pembelian alat kesehatan baru di kemudian hari.
- Jika hendak meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat setempat, RSPB dapat melakukan survei kepuasan pasien tentang kualitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakannya. Pengukuran survei pelayanan ini merupakan bagian dari indikator mutu kepuasan pasien demi untuk menganalisis kesenjangan, dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan. Jika terdapat temuan yang perlu diperhatikan, maka temuan tersebut perlu segera ditanggulangi demi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan mengurangi komplain pasien.
- RSPB mungkin perlu mempertimbangkan untuk membuat pengajuan beasiswa lewat program LPDP bagi dokter-dokter terpilih agar dapat mengikuti program pendidikan dokter spesialis.

PENUTUP

Kesimpulan

Hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia, yang tercantum dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945. Hal-hal yang mengatur ketentuan tentang pelayanan kesehatan lebih lanjut diatur dalam Pasal 28 UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, terutama pada ayat yang berbunyi: “Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan di seluruh wilayah Indonesia.”

Namun di berbagai wilayah di Indonesia, kesenjangan akses pelayanan kesehatan masih menjadi masalah yang signifikan, terutama bagi penduduk di daerah kepulauan. Rumah Sakit tipe D Pratama, yang seharusnya menjadi garda terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar, sering kali tidak dapat berfungsi optimal di daerah ini. Sehingga peran pemerintah, baik Pemerintah Pusat yang diwakili oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) maupun pemerintah daerah (Pemda), harus lebih serius dalam mengatasi kesenjangan ini.

Kesenjangan akses pelayanan kesehatan di daerah kepulauan terdeskripsikan pada kondisi RSPB pada studi kasus ini. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh RSPB masih belum memenuhi persyaratan akreditasi sebagaimana tercantum dalam Permenkes 24/2014 dan Kepmenkes HK.01.07/MENKES/1094/2024 yang masing-masing menyangkut tentang standar pelayanan dan standar akreditasi RS tipe D Pratama. Segala kesenjangan yang telah dipaparkan pada tulisan ini akan sangat mengganggu pemenuhan hak-hak dasar bagi masyarakat setempat dalam urusannya di bidang kesehatan, yang di dalam UUD 1945 dikaitkan dengan Hak Asasi Manusia.

Agar pemerintah daerah tidak kehilangan kredibilitasnya dalam menjamin hak-hak warganya, sangat dianjurkan bagi pemerintah daerah setempat untuk segera menindaklanjuti, proaktif monitoring dan evaluasi pengawasan segala kekurangan yang ada pada pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh RSPB. Pihak RSBP juga segera mempersiapkan proses akreditasi secepatnya

sebagaimana yang telah direkomendasikan dalam kajian ini, agar hak-hak masyarakat setempat dalam hal pemenuhan akses pelayanan kesehatan lebih terjamin, dengan demikian penegakan Hak Asasi Manusia (HAM) di bidang kesehatan bagi seluruh masyarakat yang termasuk wilayah kerja RSPB dapat dilaksanakan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Berita Acara Visitasi Peningkatan Kelas RSUD Pratama Bilabanggai Kabupaten Banggai Kepulauan. Indonesia. Undang-Undang Dasar 1945 Amandemen IV, LN. No. 14 Tahun 2006
- Indonesia. Undang-Undang tentang Kesehatan, UU Nomor 17 Tahun 2023, LN 2023 (105), TLN (6887): 198 hlm.; jdih.setneg.go.id
- Indonesia. Undang-Undang tentang Pemerintah Daerah, UU Nomor 23 Tahun 2014, LN 2014/No.244, TLN 5587: LL SETNEG:212 HLM
- Indonesia. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama. Nomor 24 Tahun 2014
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Kelas D Pratama. Kementerian Kesehatan RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1094/2024 Tentang Standar Akreditasi Dan Biaya Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama
- Profil Rumah Sakit Pratama Bilabanggai..