



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Jakarta 12950

Telepon : (021) 5201590 (*Hunting*), Faksimile : (021) 5261814, 5203872

Website: www.yankes.kemkes.go.id



Nomor : PR.05.04/D.VI/ *282* /2024

26 Januari 2024

Lampiran : 1 berkas

Hal : Penyampaian LAKIP Direktorat Mutu Pelayanan
Kesehatan Tahun 2023

Yth. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Bersama ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 sebagai bentuk akuntabilitas serta media pertanggung jawaban kinerja dengan merujuk surat Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor PR.05.04/D.I/330/2024 perihal Penyusunan laporan kinerja Ditjen Yankes dan Setditjen Yankes tahun 2023.

Demikian dokumen LAKIP ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan,



dr. Yanti Herman, SH, MH.Kes

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
2. Ketua Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Pelaporan – Setditjen Yankes



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



GERMAS

Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat

**LAPORAN KINERJA
DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**

**KEMENTERIAN KESEHATAN - RI
TAHUN ANGGARAN 2023**

KATA PENGANTAR



Puji syukur ke khadirat Allah SWT berkat dan rahmat- Nya, Laporan Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun anggaran 2023 dapat tersusun.

Laporan Kinerja ini merupakan media pertanggung jawaban kinerja dan salah satu cara evaluasi yang objektif, efisien dan efektif. Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan masukan dalam pengambilan kebijakan pimpinan dan perencanaan pada tahun mendatang serta dapat memberikan kontribusi kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Kementerian Kesehatan dalam mewujudkan penyelenggaraan kinerja yang bersih dan bebas dari korupsi, kolusi serta nepotisme.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, maka Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan diharapkan dengan transformasi pelaporan kinerja ini dapat melaksanakan tugas pokok dan fungsinya dengan lebih baik.

Kami sampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan laporan ini. Masukan, saran dan umpan balik sangat kami harapkan guna penyempurnaan dan perbaikan kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan di masa mendatang di waktu yang akandatang.

Jakarta, Januari 2024
Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan,

dr. Yanti Herman, S.H., M.H.Kes

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja ini merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan beserta seluruh satuan kerja di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai sumber informasi untuk perbaikan perencanaan ke depan serta peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Upaya yang telah dilakukan pasca Pandemi COVID-19 untuk mencapai indikator kinerja di atas adalah dengan melakukan modifikasi kegiatan Sosialisasi, Advokasi, Bimbingan Teknis, Peningkatan Kemampuan SDM pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, Penundaan kegiatan Pendampingan Akreditasi, serta pengalokasian anggaran sesuai prioritas.

Permasalahan yang dihadapi adalah keterbatasan akses dan waktu pelaksanaan kegiatan serta koordinasi karena adanya revisi anggaran, kesesuaian persepsi antara evaluator Laporan Kinerja dengan satker terhadap Kertas Kerja Evaluasi.

Realisasi anggaran sampai dengan tanggal 31 Desember 2023 sebesar Rp 24.495.420.475,- (97,17 %) dari alokasi Rp. 25.207.836.000,-. Sesuai tugas Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan yaitu pembinaan pelayanan kesehatan di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan - Kementerian Kesehatan, maka dana tersebut dialokasikan untuk mendukung pencapaian indikator kinerja serta pelaksanaan program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....1

RINGKASAN EKSEKUTIF.....2

DAFTAR ISI.....3

DAFTAR LAMPIRAN.....4

BAB I PENDAHULUAN5

 A. UMUM5

 B. ORGANISASI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN.....5

 1. Sumber Daya Manusia.....7

 2. Sumber Daya Anggaran.....7

 C. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI7

 D. TANTANGAN DAN ISU STRATEGIS YANG DIHADAPI OLEH DIREKTORAT
 MUTU PELAYANAN KESEHATAN8

BAB II PERENCANAAN KINERJA.....13

 A. RENCANA AKSI PROGRAM.....13

 B. PERJANJIAN KINERJA DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN
 TAHUN 202320

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA21

 A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI
 PELAYANAN KESEHATAN DALAM MENDUKUNG INDIKATOR SASARAN
 STRATEGIS (ISS) KEMENTERIAN KESEHATAN21

 1. Pencapaian Indikator Kinerja yang Diampu Oleh Tim Kerja Mutu Pelayanan
 Kesehatan Puskesmas dan Tim Kerja Mutu Pelayanan Kesehatan Klinik21

 2. Pencapaian Indikator Kinerja Yang Diampu Oleh Tim Kerja Mutu Pelayanan
 Kesehatan Rujukan Dan Tim Kerja Mutu Pelayanan Kesehatan Lainnya39

 B. REALISASI ANGGARAN65

BAB IV PENUTUP72

LAMPIRAN.....73

DAFTAR LAMPIRAN

1. Perjanjian Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun 2023
2. Dokumen Analisa dan Kertas Kerja Penetapan Target Tahun 2023
3. Dokumen Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor hasil evaluasi Capaian Akreditasi Puskesmas, Rumah Sakit dan Labkes Tahun 2023
4. Data Pegawai Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun 2023
5. Data Bukti Lapor LHKPN Pejabat di Lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun 2023
6. Monitoring pencapaian Indikator Kinerja masing Timker di lingkungan Direktorat Mutu Tahun 2023
7. Data Pemantauan Evaluasi capaian Output pada e-monev Bappenas tahun 2022 dan data evaluasi pelaksanaan anggaran prioritas nasional tahun anggaran 2023
8. Ikhtisar hasil reviu Laporan Keuangan Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Tahun 2022
9. Data hasil evaluasi LAKIP Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Tahun 2022
10. Data hasil evaluasi LAKIP Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan semester satu Tahun 2023

BAB I

PENDAHULUAN

A. UMUM

Laporan Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran 2023 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban kinerja atas pelaksanaan tugas dan fungsi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan. Amanat penyusunan Laporan Kinerja telah ditetapkan dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan bagi setiap Instansi Pemerintah untuk menyusun dokumen perencanaan strategis berupa Rencana Strategis, Rencana Kinerja Tahunan, Penetapan Perjanjian Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja. Secara teknis, tata cara penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Adapun Laporan Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran 2023 disusun untuk menunjukkan pencapaian kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan dalam mencapai sasaran strategisnya melalui pelaksanaan program dan kegiatan selama Tahun 2023 dan menjadi wujud pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi. Laporan Kinerja merupakan bentuk akuntabilitas kepada publik sesuai dengan tuntutan reformasi birokrasi. Laporan Kinerja juga bermanfaat sebagai bahan dalam rangka pemantauan, penilaian, evaluasi dan pengendalian atas kualitas kinerja sekaligus menjadi pendorong perbaikan kinerja dalam rangka terciptanya tata kelola pemerintahan yang baik.

B. TUGAS DAN FUNGSI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Sejak tahun 2022, terjadi perubahan struktur organisasi dalam Kementerian Kesehatan, yang semula mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, direvisi menjadi Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Pada Permenkes nomor 5 tahun 2022 BAB VI Bagian Kedelapan Pasal 122, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas pokok melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, pemberian bimbingan teknis dan supervisi serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan.

Pada pasal 123, disebutkan bahwa dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- b. Pelaksanaan kebijakan di bidang akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- c. Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- d. Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- e. Pelaksanaan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan dan
- f. pelaksanaan urusan administrasi Direktorat

C. TUGAS DAN FUNGSI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Dengan merujuk pada Pasal 124 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, telah ditetapkan Keputusan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan nomor KP.02.03/VI.4/751/2022 tentang Tim Pelaksana Tugas di Lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan dengan struktur/susunan organisasi sebagai berikut.



Gambar 1.1 Struktur Organisasi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan

D. SUMBER DAYA

1. Sumber Daya Manusia

Guna kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsi, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan didukung oleh kekuatan Sumber Daya Manusia sebanyak 73 (tujuh puluh tiga) orang, yang terdiri dari:

- a. Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan (Eselon II), membawahi 4 (empat) Katimker dan 1 (satu) Kepala Sub Bagian Administrasi Umum Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan.
- b. Kelompok Jabatan Fungsional /ASN sebanyak: 52 orang
- c. Staf Honorer (Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kontrak Kerja) sebanyak: 15 orang.

2. Sumber Daya Anggaran

Dalam rangka mendukung program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan guna upaya pencapaian sasaran strategis, sebagaimana tercantum dalam perjanjian kinerja tahun 2023 maka dialokasikan anggaran pada DIPA Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan tahun 2023 sebesar Rp. 25.207.836.000,- (dua puluh lima milyar dua ratus tujuh juta delapan ratus tiga puluh enam ribu rupiah).

Anggaran tersebut bersumber dari penjumlahan APBN Program Pelayanan Kesehatan dan JKN serta penerimaan Hibah Luar Negeri. Adapun Hibah Luar Negeri yang didapat dalam bentuk uang dan dilaksanakan secara langsung oleh Kementerian Kesehatan/Lembaga yang telah dihitung dan dialokasikan sesuai dengan standar biaya dan peruntukannya dengan anggaran sebesar Rp 2.481.224.000,- (dua milyar empat ratus delapan puluh satu juta dua ratus dua puluh empat ribu rupiah) yang berasal WHO dan UNICEF.

E. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI

Periode tahun 2020-2024 merupakan tahapan terakhir dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025, sehingga merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis. RPJMN 2020-2024 akan mempengaruhi pencapaian target pembangunan dalam RPJPN, di mana pendapatan perkapita Indonesia akan mencapai tingkat kesejahteraan setara dengan negara-negara berpenghasilan menengah atas (*Upper-Middle Income Country*) yang memiliki kondisi infrastruktur, kualitas sumber daya manusia, pelayanan publik, serta kesejahteraan rakyat yang lebih baik. Sesuai dengan RPJPN 2005-2025, sasaran pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang

dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing.

Untuk mencapai visi dan misi Kementerian Kesehatan, maka disusun rencana strategis yang menjadi dasar upaya-upaya yang dilakukan untuk mendorong pencapaian visi dan misi tersebut. Rencana Strategis ini tertuang pada Permenkes nomor 21 tahun 2020, kemudian direvisi menjadi Permenkes nomor 13 tahun 2022.

Sesuai dengan Permenkes Nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, maka Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan mendukung pencapaian sasaran strategis RPJMN dan pencapaian target kinerja yang tertuang dalam Renstra Kemenkes 2020 – 2024.

Tujuan Strategis Kementerian Kesehatan untuk mewujudkan Misi Presiden di Bidang Kesehatan Tahun 2020-2024, yakni:

- 1) Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
- 2) Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
- 3) Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
- 4) Peningkatan sumber daya kesehatan
- 5) Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif

Untuk mencapai Tujuan Strategi kedua Penguatan pelayanan Kesehatan dasar dan rujukan, telah ditetapkan Sasaran Strategis berupa “Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan”. Salah satu upaya Penguatan Sistem Kesehatan, melalui penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan difokuskan pada penyempurnaan sistem akreditasi pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta.

Arah kebijakan pembangunan kesehatan nasional yang ditetapkan dalam RPJMN 2020 – 2024 adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar (primary health care) dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Terdapat 2 (dua) indikator terkait mutu diantara 15 (lima belas) indikator yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan yaitu Persentase fasilitas kesehatan tingkat pertama terakreditasi (%) dan Persentase rumah sakit terakreditasi.

Terkait dengan upaya peningkatan mutu melalui akreditasi di FKTP, sejak tahun 2015 sudah dilakukan survei di FKTP. Berdasarkan data dari Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) terdapat 88,21% (9.151/10.374)

Puskesmas yang telah terakreditasi sampai akhir tahun 2023 dengan kategori kelulusan Dasar (24%), Madya (55%), Utama (18%) dan Paripurna (3%). Sedangkan untuk klinik pratama terdapat 5.836 klinik pratama yang telah terakreditasi dari total 11.444 klinik pratama teregistrasi atau sebesar 51% dengan tingkat kelulusan 4.249 klinik lulus paripurna, 690 klinik lulus utama, dan 149 klinik lulus dengan kategori madya. Pada tahun 2020 sampai dengan 2021, pelaksanaan survei akreditasi Puskesmas dan klinik pratama tidak dilaksanakan sehubungan dengan pandemi Covid-19. Penundaan akreditasi FKTP baru dihapuskan pada April 2023 dan Akreditasi FKTP dimulai kembali pada Mei 2023. Keterlambatan pelaksanaan akreditasi FKTP ini menyebabkan waktu efektif pelaksanaan survey akreditasi terbatas hanya 8 bulan.

Jika merujuk pada *Baseline* data Desember 2022, sebanyak 3.075 rumah sakit teregistrasi di Kementerian Kesehatan. Dari 3.075 rumah sakit, sebanyak 2.884 rumah sakit (81,4%) sudah terakreditasi dengan rincian status capaian sebagai berikut: akreditasi perdana 2,08% (60 RS), dasar 1,04% (30 RS), madya 2,50% (72 RS), utama 9,19% (265 RS), paripurna 85,12% (2.455 RS) dan 0,06% (2 RS) terakreditasi lembaga akreditasi luar negeri (*Joint Commission International*).

Dalam upaya mendukung program prioritas nasional di bidang kesehatan peran laboratorium kesehatan dan Unit Transfusi Darah (UTD) sangat diperlukan. Dengan merujuk pada *baseline* data Desember 2022, jumlah laboratorium kesehatan dan UTD yang ada di Indonesia sebanyak 819 laboratorium kesehatan dan 208 UTD. Dari 819 laboratorium kesehatan terdiri dari 4 Balai Besar Laboratorium Kesehatan (BBLK), 266 laboratorium kesehatan pemerintah dan 549 laboratorium swasta. Berdasarkan data Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan tahun 2023 jumlah laboratorium kesehatan yang sudah tersertifikasi akreditasi sebanyak 406 atau (49,6%).

F. ISU STRATEGIS YANG DIHADAPI OLEH DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Sebagaimana tertuang di dalam Rencana Aksi Direktorat Mutu Pelayanan kesehatan tahun 2020 – 2024, isu strategis yang dihadapi adalah sebagai berikut:

1) Akses dan mutu pelayanan kesehatan

Selama dekade terakhir, jumlah fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia tenaga kesehatan telah menunjukkan peningkatan yang berarti. Namun demikian, terdapat tantangan terutama untuk distribusi fasilitas

kesehatan dan sumber daya manusia sehingga menimbulkan kesenjangan antar wilayah di Indonesia. Demikian pula dalam ketersediaan sarana dan prasarannya, input fasilitas pelayanan kesehatan masih bervariasi.

Mutu pelayanan kesehatan telah menjadi agenda penting di bidang pelayanan kesehatan. Terlepas dari jumlah regulasi yang cukup banyak yang mengatur mengenai mutu pelayanan kesehatan, belum tersedia definisi mutu pelayanan kesehatan yang seragam serta dimensi mutunya. Hal ini dapat berimplikasi pada pengukuran mutu yang belum mengarah pada dimensi mutu yang menjadi komitmen program. Berbagai program kesehatan menggunakan indikator berbasis cakupan, namun belum menetapkan mutu dari cakupan tersebut.

2) Ketersediaan dan kepatuhan terhadap standar mutu klinis dan keselamatan pasien

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan klinis yang terstandar dan keselamatan pasien telah semakin nyata, didukung pula oleh pembiayaan dengan sistem jaminan kesehatan nasional. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer maupun rujukan tingkat lanjutan dituntut untuk memberikan pelayanan sesuai dengan standar mutu klinis dan mengutamakan keselamatan pasien. Untuk itu, ketersediaan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran dan Panduan Praktik Klinis yang dapat diakses dengan mudah sangat dibutuhkan untuk implementasinya, agar dapat meminimalkan variasi dalam pemberian layanan ke masyarakat. Implementasi keselamatan pasien-masyarakat telah menjadi dorongan kuat dalam pelayanan di rumah sakit, akan tetapi implementasi di pelayanan kesehatan primer dalam layanan promotif hingga rehabilitatif serta integrasinya dalam melaksanakan program-program kesehatan masih terbatas. Selain itu, belum tersedia sistem pemantauan, evaluasi dan umpan balik kepatuhan penyedia layanan kesehatan dalam melaksanakan upaya pelayanan kesehatan sesuai standar minimal yang telah ditetapkan.

3) Budaya mutu di fasilitas kesehatan dan program kesehatan

Berbagai upaya peningkatan mutu telah diterapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan yang berbeda dari waktu ke waktu serta belum digerakkan pada seluruh jenis fasilitas pelayanan kesehatan. Meskipun akreditasi diwajibkan dalam regulasi, akan tetapi belum seluruh fasilitas pelayanan kesehatan terakreditasi. Pemahaman akan standar akreditasi masih bervariasi di antara pengelola fasilitas pelayanan kesehatan, serta akreditasi belum sepenuhnya mendorong budaya mutu di fasilitas

pelayanan kesehatan. Tantangan dalam budaya mutu juga terdapat pada implementasi berbagai program-program kesehatan serta perlu adanya ukuran untuk budaya mutu.

4) Peran dan pemberdayaan pasien, keluarga dan masyarakat

Pasien, keluarga dan masyarakat merupakan mitra yang perlu dilibatkan dan diberdayakan dalam pelayanan dan program kesehatan. Selain pemberian pelayanan dan pelaksanaan program kesehatan yang telah didorong agar berfokus pada manusia (people-centered), pemahaman dan sikap pasien, keluarga dan masyarakat terhadap pelayanan dan program kesehatan yang diberikan menjadi esensial untuk keterlibatan dan perannya dalam pengambil keputusan bersama. Namun literasi pasien, keluarga dan masyarakat terhadap kesehatan secara umum dan mutu pelayanan-keselamatan pasien secara spesifik serta keinginan untuk terlibat aktif dalam pengambilan keputusan akan pelayanan yang diterima masih belum memadai. Tantangan ini diperbesar dengan sikap dan perilaku tenaga kesehatan yang secara umum belum memberikan informasi secara efektif serta ketersediaan informasi yang terbatas.

5) Komitmen pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan

Dalam era desentralisasi, pembiayaan upaya peningkatan mutu sangat bergantung pada alokasi dari pemerintah pusat dan daerah, serta penganggaran di fasilitas pelayanan kesehatan. Pendanaan untuk upaya peningkatan mutu yang memadai dapat mencegah biaya mutu yang tidak perlu akibat mutu yang rendah atau insiden keselamatan pasien. Akreditasi pelayanan kesehatan yang bersifat wajib belum diikuti dengan komitmen pemerintah daerah yang tinggi. Hal ini dapat menjadi ancaman dalam keberlangsungan pembiayaan pelayanan kesehatan di era sistem jaminan kesehatan nasional. Pada daerah yang mempunyai kapasitas pembiayaan kesehatan yang terbatas, maka alokasi pemerintah pusat menjadi penentu keberlangsungan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Advokasi upaya peningkatan mutu perlu digerakkan oleh berbagai pemangku kepentingan yang terkait termasuk lembaga swadaya masyarakat.

6) Data, indikator, sistem informasi dan pengembangan-pemanfaatannya

Saat ini berbagai lembaga mengembangkan indikator mutu yang berbeda dan tidak saling terintegrasi. Situasi ini menimbulkan beban yang cukup tinggi pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, dengan kapasitas sistem informasi yang bervariasi pula. Selain dari indikator mutu, data

mengenai mutu pelayanan juga diperoleh dari berbagai survei rutin yang dilakukan oleh Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan, lembaga perguruan tinggi dan peneliti, serta pihak penjamin pembiayaan kesehatan. Namun data tersebut belum optimal pemanfaatannya untuk pengambilan keputusan ataupun menunjukkan perkembangan upaya peningkatan mutu secara nasional yang dapat diakses oleh publik. Belum tersedia sistem monitoring evaluasi mutu secara sistematis untuk menunjukkan efektivitas peningkatan mutu.

BAB II
PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA AKSI PROGRAM

Perencanaan Kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Dalam rencana kinerja (Renja) Kementerian/Lembaga Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2022, sebagaimana telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi.

Sebelumnya, pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 dijabarkan bahwa Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan (sebelumnya bernama Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan), adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Permenkes Nomor 21 Tahun 2020

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target				
			2020	2021	2022	2023	2024
1.	Meningkatnya fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan survei akreditasi	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memenuhi persyaratan survei akreditasi	4.478	4.009	4.720	6.110	5.706
		Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang memenuhi persyaratan survei akreditasi	1.028	851	1.195	1.169	991
		Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan Lain yang memenuhi persyaratan survei akreditasi	151	228	307	399	500
		Persentase fasyankes melakukan pengukuran mutu pelayanan Kesehatan	20	40	50	60	70

Pada tahun 2022, terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 yang menggantikan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 sebagaimana dipaparkan di atas. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun

2022 tersebut menyebutkan mandat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk melaksanakan program pembinaan upaya kesehatan. Pada tahun 2022 juga diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 05 tahun 2022 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang di dalamnya mengatur tugas pokok dan fungsi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan disertai dengan perubahan nomenklatur Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan yang sebelumnya bernama Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.

Selanjutnya, target kinerja merupakan penilaian dari pencapaian program yang diukur secara berkala dan dievaluasi pada akhir tahun 2024. Sasaran kinerja dihitung secara kumulatif selama lima tahun dan berakhir pada tahun 2024. Adapun uraian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Direktorat Mutu Pelayannan Kesehatan adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan
Berdasarkan Permenkes Nomor 13 Tahun 2022

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target				
			2020	2021	2022	2023	2024
1.	Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas	Persentase Puskesmas Terakreditasi			53	68	100
		Persentase Klinik Pratama Terakreditasi			5	50	100
		Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TPMD) yang melakukan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan Kesehatan			30	60	100
2.	Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas	Persentase RS yang terakreditasi			90	95	100
		Persentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi			70	85	100
		Persentase UTD yang Terakreditasi			0	30	100

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target				
			2020	2021	2022	2023	2024
		Persentase fasyankes rujukan yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan			60	80	100
		Persentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan			60	80	100

Strategi mutu pelayanan kesehatan ke depan adalah ekspansi, dengan 4 (empat) strategi umum dan didukung oleh 3 (tiga) strategi fungsional. Ketujuh strategi ini merupakan konsolidasi dan pengembangan dari berbagai program dan kegiatan mutu pelayanan kesehatan sebelumnya, sehingga diharapkan dapat berkesinambungan baik dari kepentingan fasilitas pelayanan kesehatan maupun program kesehatan. Strategi nasional mutu pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu,
- 2) Meningkatkan kinerja klinis seluruh penyedia pelayanan pemerintah dan swasta, terutama pada program prioritas nasional,
- 3) Mendorong budaya mutu di fasilitas pelayanan kesehatan dan pada pelaksanaan program kesehatan,
- 4) Memberdayakan pasien, keluarga, dan masyarakat,
- 5) Memperkuat regulasi tata kelola, struktur organisasi mutu serta memberikan kontribusi dalam penguatan sistem pembiayaan dan komponen sistem kesehatan lainnya,
- 6) Meningkatkan komitmen pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan, dan
- 7) Mendorong pengukuran mutu, penelitian dan pemanfaatan informasi strategis.

Setelah dirumuskan strategi tersebut maka disusunlah program dan kegiatan untuk mencapai strategi tersebut yang akan dilakukan secara bertahap mulai tahun 2020-2024 yaitu :

1. Program dan Kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas

a) Program

1. Penyusunan NSPK Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar
2. Penyempurnaan sistem akreditasi
3. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
4. Penguatan pengukuran mutu di Puskesmas
5. Peningkatan komitmen melalui Lokakarya dan sosialisasi peningkatan mutu
6. Pengembangan sistem informasi akreditasi
7. Dukungan akreditasi Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus dan Dekonsentrasi
8. Pembinaan Penyelenggaraan mutu dan akreditasi di Puskesmas

b) Kegiatan

1. Penyusunan NSPK Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas
 - a) Penyiapan kebijakan akreditasi Puskesmas
 - b) Penyiapan kebijakan mutu Puskesmas
 - c) Penyiapan pedoman survei akreditasi dan manajemen fasilitas kesehatan di Puskesmas
2. Percepatan penyelenggaraan akreditasi
 - a) Penyiapan instrumen akreditasi Puskesmas.
 - b) Uji publik standar akreditasi Puskesmas.
 - c) Verifikasi Lembaga akreditasi.
3. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
 - a) Pemantauan hasil pelaporan INM dan IKP
 - b) Analisis hasil pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Puskesmas
 - c) Diseminasi Hasil Analisis Pelaporan INM dan IKP di Puskesmas
4. Penguatan pengukuran mutu di Puskesmas
 - a) Pengembangan pencatatan dan pelaporan INM di Puskesmas
 - b) Pengembangan Survei Budaya Keselamatan di Puskesmas
5. Peningkatan kapasitas dan komitmen melalui Lokakarya dan sosialisasi peningkatan mutu
6. Pengembangan sistem informasi akreditasi
7. Dukungan akreditasi Puskesmas dan peningkatan kapasitas TPCB melalui Dana Alokasi Khusus dan Dekonsentrasi

8. Pembinaan Penyelenggaraan mutu dan akreditasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

2. Program dan Kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

a) Program

1. Penyempurnaan penyelenggaraan akreditasi dan standar akreditasi.
2. Menyusun NSPK mutu dan akreditasi di FKRTL.
 - Memfasilitasi dan berperan aktif dalam penyusunan kerangka mutu nasional.
 - Koordinasi dengan stakeholder terkait.
 - Melakukan pembinaan FKRTL dalam memenuhi persyaratan survei akreditasi
3. Pendampingan akreditasi FKRTL.
 - Monitoring dan evaluasi pelaksanaan mutu FKRTL.
4. Workshop keselamatan pasien dan manajemen risiko di FKRTL.
 - Melakukan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di FKRTL.
 - Melakukan uji coba pelaksanaan indikator mutu nasional di Rumah Sakit.
 - Pemantauan dan evaluasi pengukuran indikator mutu di Rumah Sakit.
5. Dukungan peningkatan mutu dan akreditasi FKRTL (dana dekonsentrasi).
6. Meningkatkan Monev terpadu lintas Direktorat (Fasyankes dan PKR)
 - Koordinasi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan setempat dalam mendorong upaya peningkatan dan mempertahankan mutu pelayanan di FKRTL.
 - Koordinasi lintas K/L untuk percepatan upaya peningkatan mutu dan akreditasi.
7. Mendorong Rumah Sakit dalam pelaksanaan Sistem Informasi terintegrasi (pengumpulan data, validasi data analisis, dan system pelaporan).

b) Kegiatan

1. Pendampingan akreditasi FKRTL.
 - Lokakarya implementasi standar akreditasi FKRTL.
2. Penyusunan pedoman monev di era adaptasi kebiasaan baru.
 - Revisi Permenkes 27/2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
 - Penyusunan standar akreditasi klinik.
 - Penyusunan pedoman pelayanan Kesehatan pada era adaptasi kebiasaan baru.
 - Penyusunan petunjuk teknis penetapan Lembaga independent akreditasi Rumah Sakit.
 - Penyusunan standar akreditasi Rumah Sakit.

- Penyusunan pedoman survei akreditasi Rumah Sakit.
 - Penyusunan tarif survei akreditasi Rumah Sakit.
 - Penyusunan kurikulum modul surveior akreditasi klinik utama.
3. Bimtek pengukuran dan pelaporan indikator mutu.
- Monitoring dan evaluasi mutu.
 - Lokakarya percepatan akreditasi FKRTL.
 - Peningkatan kapasitas SDM Dinkes dalam upaya pembinaan mutu dan akreditasi FKRTL.
 - Kajian implementasi budaya mutu dan keselamatan pasien di FKRTL.
4. Workshop indikator mutu.
- Workshop keselamatan pasien dan manajemen resiko.
 - Workshop instrument Monev..
5. Pelatihan pendamping akreditasi Rumah Sakit.
- Workshop TOT pelatihan calon surveior akreditasi Rumah Sakit.
6. Monitoring dan evaluasi indikator mutu.
- Koordinasi dengan KNKP.
 - Sosialisasi dan Advokasi Pemda tentang dukungan mutu dan akreditasi FKRTL.
 - Pertemuan koordinasi upaya peningkatan mutu dan akreditasi FKRTL.
7. Pengelolaan data pelaporan indikator Nasional mutu.
- Pengelolaan data insiden keselamatan pasien.
 - Pengelolaan data indikator nasional mutu.

3. Program dan Kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Klinik

a) Program

1. Penyusunan NSPK Mutu Pelayanan Kesehatan Klinik
2. Penyempurnaan sistem akreditasi Klinik
3. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
4. Peningkatan komitmen melalui Lokakarya dan sosialisasi peningkatan mutu
5. Pengembangan sistem informasi akreditasi
6. Pembinaan Penyelenggaraan mutu dan akreditasi di Klinik

b) Kegiatan

1. Penyusunan NSPK Mutu Pelayanan Kesehatan Klinik
 - a) Penyiapan kebijakan akreditasi Klinik
 - b) Penyiapan kebijakan mutu Klinik
 - c) Penyiapan pedoman survei akreditasi dan manajemen fasilitas kesehatan di Klinik

2. Percepatan penyelenggaraan akreditasi
 - a) Penyiapan instrumen akreditasi Klinik.
 - b) Uji publik standar akreditasi Klinik.
 - c) Verifikasi Lembaga akreditasi.
3. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
 - a) Pemantauan hasil pelaporan INM dan IKP
 - b) Analisis hasil pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Klinik
 - c) Diseminasi Hasil Analisis Pelaporan INM dan IKP di Klinik
4. Peningkatan kapasitas dan komitmen melalui Lokakakarya dan sosialisasi peningkatan mutu
5. Pengembangan sistem informasi akreditasi
6. Pembinaan Penyelenggaraan mutu dan akreditasi di Klinik

4. Program dan Kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Lainnya

a) Program

1. Fasilitas peningkatan budaya mutu dan keselamatan pasien di laboratorium kesehatan, Unit Transfusi Darah (UTD), dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Dokter Gigi (TPMD/G).
2. Penyusunan Norma, Standar, Prosedure dan Kriteria (NSPK) Mutu laboratorium kesehatan, Unit Transfusi Darah (UTD), dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Dokter Gigi (TPMD/G).
3. Peningkatan kapasitas dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dalam penjaminan mutu pelayanan di laboratorium kesehatan, Unit Transfusi Darah (UTD), dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Dokter Gigi (TPMD/G).

b) Kegiatan

1. Fasilitas peningkatan budaya mutu dan keselamatan pasien di laboratorium dan Unit Transfusi Darah (UTD).
 - Pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dan budaya keselamatan pasien di laboratorium kesehatan dan UTD
 - Workshop budaya mutu dan keselamatan pasien di laboratorium kesehatan dan UTD
 - Pelatihan Survei akreditasi di laboratorium bagi calon surveyor akreditasi labkes
 - Melakukan sosialisasi pelaporan INM bagi TPMD/G secara daring
 - Melakukan bimtek pelaporan INM bagi TPMD/G secara luring

2. Penyusunan Norma, Standar, Prosedure dan Kriteria (NSPK) Mutu laboratorium kesehatan, Unit Transfusi Darah (UTD), dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Dokter Gigi (TPMD/G).
3. Peningkatan kapasitas dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dalam penjaminan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
 - Dukungan peningkatan mutu, akreditasi dan keselamatan pasien di Laboratorium Kesehatan dan UTD
 - Dukungan peningkatan pemantauan pelaporan INM Tempat Praktik Mandiri Dokter/Dokter Gigi (TPMD/G)

B. PERJANJIAN KINERJA DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN TAHUN 2023

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 53 Tahun 2014, Perjanjian Kinerja pada dasarnya adalah pernyataan komitmen pimpinan yang merepresentasikan tekad dan janji untuk mencapai kinerja yang jelas dan terukur dalam rentang waktu satu tahun dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya.

Perjanjian kinerja (*Lampiran 1 dan Lampiran 2*) yang diwujudkan dalam penetapan kinerja merupakan dokumen pernyataan kinerja atau kesepakatan kinerja atau perjanjian kinerja antara atasan dan bawahan untuk mewujudkan target kinerja tertentu berdasarkan pada sumber daya yang dimiliki. Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan menyusun perjanjian kinerja tahun 2023 mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024. Target kinerja ini menjadi komitmen bagi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan untuk mencapainya dalam tahun 2020-2024 (***mengacu Permenkes No.13 tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024***).

Pada tahun 2023 Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran pada Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rp. 25.207.836.000,- (dua puluh lima milyar dua ratus tujuh juta delapan ratus tiga puluh enam ribu rupiah) sebagaimana ditampilkan pada *Lampiran 3*.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN

1. Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer yang Berkualitas

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan yaitu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dan peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Maka sasarannya adalah meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat.

Dalam upaya mewujudkan hal tersebut maka perlu dipastikan pelayanan kesehatan yang diperoleh di FKTP dapat diakses dan bermutu, untuk itu dilakukan akreditasi untuk menilai kesesuaian pelayanan di Puskesmas dengan standar. Dasar hukum pelaksanaan akreditasi tertuang dalam Permenkes Nomor 34 tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter dan Praktik Mandiri Dokter Gigi, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.

1) Persentase Puskesmas Terakreditasi

a. Definisi Operasional

Persentase Puskesmas yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku secara kumulatif pada tahun berjalan.

b. Cara Perhitungan

Cara penghitungan indikator adalah dengan menggunakan baseline data Puskesmas pada akhir tahun 2022 sebesar 10.374 tanpa menghitung pertumbuhan Puskesmas. Cara mengukurnya adalah menghitung jumlah puskesmas yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku secara kumulatif pada tahun berjalan dibagi dengan jumlah puskesmas sesuai baseline dikalikan 100%.

Jumlah Puskesmas yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan dibagi jumlah seluruh puskesmas (baseline : 10.374) dikali 100%.

$$\frac{\text{Jumlah Puskesmas yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Seluruh Puskesmas (Sesuai Baseline = 10.374)}} \times 100\%$$

c. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- 3) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi Puskesmas.
- 4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- 5) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi Puskesmas.
- 6) Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
- 7) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Puskesmas.
- 8) Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Non Fisik, dan dana Dekonsentrasi untuk peningkatan mutu dan percepatan akreditasi Puskesmas.
- 9) Pengembangan aplikasi mutufasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).

d. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
 - i. Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
 - ii. Penetapan Standar Akreditasi Puskesmas (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023)
 - iii. Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).
 - iv. Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
 - v. Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di

- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi penyelenggaraan akreditasi Puskesmas dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
 - i. Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
 1. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait pemenuhan ASPAK
 2. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
 3. *Digital Transformation Office* Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.
 - ii. Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, dan BPJS Kesehatan.
 - iii. Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi Puskesmas dengan asosiasi/forum FKTP.
- 3) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi FKTP.
 - i. Penetapan kurikulum dan modul pelatihan calon surveyor akreditasi FKTP.
 - ii. Pelaksanaan *Placement Test* bagi calon surveyor akreditasi memanfaatkan aplikasi Pelataran Sehat.
 - iii. Pelaksanaan *Training of Trainer* (TOT) bagi calon surveior akreditasi FKTP.
- 4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
 - i. Peningkatan kapasitas Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan pemahaman tentang standar akreditasi FKTP.
 - ii. Bimbingan Teknis Akreditasi FKTP kepada Dinas Kesehatan.
 - iii. Bimbingan Teknis Akreditasi kepada FKTP.
- 5) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP.
 - i. Pemantauan dan Evaluasi implementasi standar dan petunjuk teknis survei akreditasi di FKTP.
 - ii. Pemantauan dan Evaluasi kepada surveior akreditasi dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA).

- iii. Percepatan survei akreditasi FKTP oleh LPA melalui pemantauan progress pencapaian akreditasi melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
- 6) Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
- Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi akreditasi yang dikembangkan terintegrasi dengan sistem informasi registrasi fasilitas pelayanan kesehatan (DFO), ASPAK, SISDMK, dan sistem informasi mutu fasyankes.
- 7) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP.
- i. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas.
 - ii. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Puskesmas.
- 8) Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Non Fisik, dan dana Dekonsentrasi untuk peningkatan mutu dan percepatan akreditasi FKTP.
- Dukungan akreditasi Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus dan Dekonsentrasi Kegiatan yang dilakukan dalam mendukung penilaian akreditasi yaitu dukungan alokasi anggaran untuk survei serta pemantauan mutu bagi Puskesmas melalui DAK NF. Selain dengan anggaran DAK NF, penguatan pembinaan mutu FKTP juga dilakukan oleh Dinas Kesehatan menggunakan dana dekonsentrasi.
- 9) Pengembangan aplikasi mutufasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).
- Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi dengan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

e. Capaian Kinerja

Tabel 4.
Persentase Puskesmas Terakreditasi
(Target & Capaian Tahun 2020-2024)

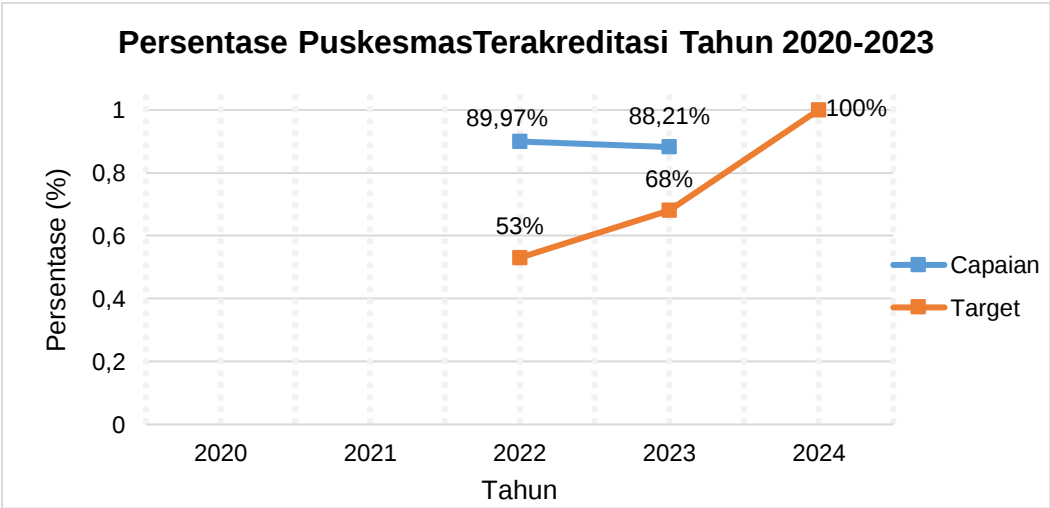
Tahun	Target	Capaian	%Capaian terhadap Target
	%	%	%
2020			
2021			
2022	53	89.97	169,75
2023	68	88.21*	129,72
2024	100		

*) Terdapat perubahan denominator dari 9.993 Puskesmas (2018) menjadi 10.374 Puskesmas (2022)

Berdasarkan data di atas, pada tahun 2023 terlihat bahwa indikator persentase Puskesmas terakreditasi tercapai sebesar 88.21% dibandingkan target sebesar 68%. Capaian ini terkesan mengalami penurunan dikarenakan adanya perubahan baseline data Puskesmas yang semula berjumlah 9.993 Puskesmas (Baseline Tahun 2018) menjadi 10.374 Puskesmas (Baseline Desember 2022). Meskipun demikian, jumlah Puskesmas terakreditasi tetap pada angka 9.151 (masih mencakup data relaksasi akreditasi yang berlaku hingga Mei 2024).

f. Analisis Capaian

Data dalam tabel di atas menunjukkan bahwa indikator Persentase Puskesmas Terakreditasi telah mencapai target pada tahun 2023 yaitu 68% atau sebanyak 7.054 Puskesmas. Pencapaian target akreditasi Puskesmas adalah 88,21% atau sebanyak 9.151 Puskesmas. Untuk Puskesmas yang terakreditasi masih menggunakan jumlah Puskesmas yang sebelumnya (2019). Akreditasi Puskesmas masih dalam masa relaksasi sampai dengan 31 Mei 2024.



Grafik 1. Persentase Puskesmas Terakreditasi Tahun 2020-2023

Analisis Capaian Kinerja Tahun 2023 Dibandingkan 2022

Tabel 5. Capaian Indikator Kinerja Kegiatan: Persentase Puskesmas Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2022-2023)

Judul Indikator	2022		2023	
	Target	Capaian	Target	Capaian
Persentase Puskesmas Terakreditasi	53	89.97	68	88.21

Capaian kinerja indikator Puskesmas terakreditasi tahun 2023 dibandingkan dengan tahun 2022 menunjukkan adanya penurunan. Capaian ini terkesan mengalami penurunan dikarenakan adanya perubahan baseline data Puskesmas yang semula berjumlah 9.993 Puskesmas (Baseline Tahun 2018) menjadi 10.374 Puskesmas (Baseline Desember 2022). Meskipun demikian, jumlah Puskesmas terakreditasi tetap pada angka 9.151.

Analisis keberhasilan Kinerja 2023 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2020-2024:

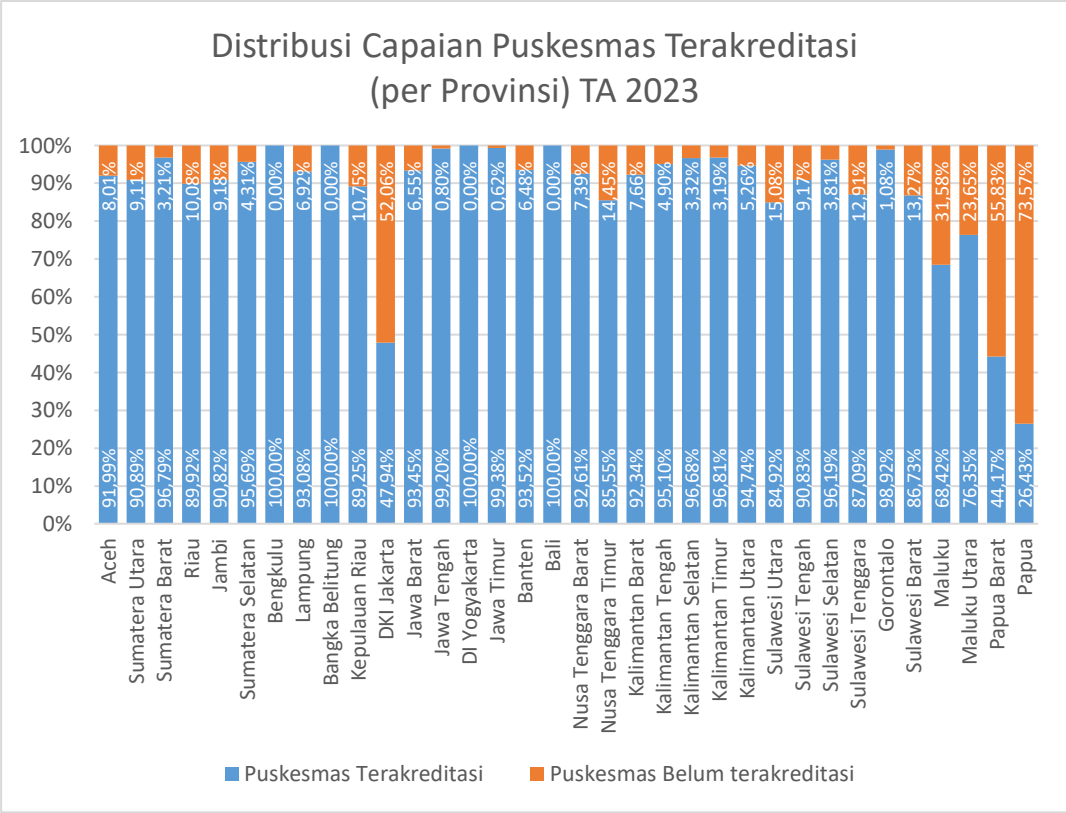
Target pada Indikator Kinerja Puskesmas Terakreditasi pada tahun 2023 yaitu 68% atau sebanyak 7.054 Puskesmas. Pencapaian target akreditasi Puskesmas adalah 88,21% atau sebanyak 9.151 Puskesmas. Capaian Puskesmas yang terakreditasi masih menggunakan jumlah Puskesmas yang sebelumnya (2019). Akreditasi Puskesmas masih dalam masa relaksasi sampai dengan 31 Mei 2024.

Tabel 6. Capaian Indikator Kinerja Kegiatan: Persentase Puskesmas Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Judul Indikator	2020		2021		2022		2023	
	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
Persentase Puskesmas Terakreditasi					53	89.97	68	88.21

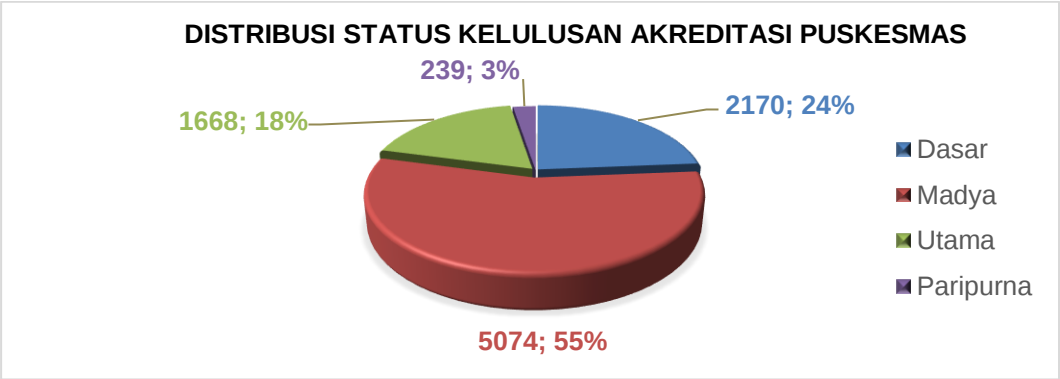
Pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa pencapaian pada tahun 2022 maupun tahun 2023 telah memenuhi target kinerja kegiatan yang ditetapkan.

Untuk distribusi capaian Puskesmas yang terakreditasi per provinsi dapat dilihat pada Gambar 3.1 di bawah ini:



Gambar 3.1 Distribusi Capaian Puskesmas Terakreditasi (per Provinsi)
TA 2023 (Data Termasuk Relaksasi Sejak Desember 2019)

Sejak Desember 2019, status kelulusan akreditasi Puskesmas berdasarkan tingkat kelulusannya adalah 239 terakreditasi paripurna, 1668 terakreditasi utama, 5074 terakreditasi madya dan 2170 terakreditasi dasar. Status kelulusan ini berlaku hingga akhir Desember 2023.



Gambar 3.2 Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas
TA 2023 (Data Termasuk Relaksasi Sejak Desember 2019)

g. Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain:

- a) Waktu pelaksanaan survei akreditasi pada tahun 2023 ini sangat

terbatas. Survey baru dapat dilakukan pada Mei 2023 karena menunggu regulasi-regulasi pendukung seperti tarif, juknis survei dan penetapan lembaga.

- b) Jumlah surveyor masih kurang serta distribusi surveyor akreditasi FKTP belum merata di seluruh wilayah.
- c) Tidak tersedianya alokasi anggaran akreditasi FKTP pada sebagian Puskesmas yang tidak mendapatkan anggaran DAK NF.
- d) Kesiapan Puskesmas (SDM, Infrastruktur dan pemahaman tentang standar) untuk disurvei masih kurang sehingga menunda pelaksanaan survei.
- e) Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait Akreditasi FKTP di daerah tersebut.
- f) Pada pertengahan tahun 2023, survei akreditasi sudah berproses, namun sebagian besar FKTP masih mengalami kendala proses dalam sistem informasi (SINAF & DFO).

h. Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Percepatan akreditasi melalui penambahan jumlah surveyor oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi FKTP.
- b) Pelatihan calon surveyor untuk menambah surveyor serta mempertimbangkan distribusi calon surveyor dalam menentukan penyelenggaraan pelatihan seperti di Papua, Papua Barat, Maluku dan Maluku Utara.
- c) Koordinasi dengan lintas program di Kementerian Kesehatan yang bertanggungjawab dalam registrasi fasilitas pelayanan kesehatan.
- d) Bagi Puskesmas yang tidak mendapatkan alokasi DAK Non Fisik maka diupayakan penganggaran melalui sumber lain seperti DBHCT (Dana Bagi Hasil Cukai Tembakau), APBD Pemerintah Setempat atau pembiayaan mandiri (Puskesmas BLUD).
- e) Pelaksanaan Bimbingan Teknis, Workshop dan Sosialisasi Standar Akreditasi FKTP oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas kesehatan. Terkait infrastruktur, advokasi kepada Pemerintah Daerah yang

bertanggungjawab pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas tersebut.

- f) Koordinasi dengan DTO untuk pengembangan aplikasi berdasarkan umpan balik keluhan dari FKTP.

i. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi kebijakan menjadi lebih luas.

Pelaksanaan akreditasi Puskesmas sudah menggunakan aplikasi SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes) dan DFO (Data Fasyankes Online) yang terbridging dengan Lembaga penyelenggara akreditasi Puskesmas, sehingga penilaian, pelaporan dan penandatanganan sertifikat akreditasi dilakukan secara elektronik. Sehingga dapat mempercepat waktu pelaksanaan, hasil penilaian, penetapan kelulusan akreditasi puskesmas dan waktu tunggu terbit sertifikat.

2) Persentase Klinik Pratama Terakreditasi

a. Definisi Operasional

Persentase Klinik Pratama yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku secara kumulatif pada tahun berjalan.

b. Cara Perhitungan

Cara penghitungan indikator ini adalah dengan menggunakan baseline data Klinik Desember 2022 sebesar 11.444 tanpa menghitung pertumbuhan klinik. Sedangkan cara mengukurnya adalah menghitung jumlah klinik pratama yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku secara kumulatif pada tahun berjalan dibagi dengan jumlah klinik dan sesuai baseline dikalikan 100%.

$$\frac{\text{Jumlah Klinik Pratama yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Seluruh Klinik Pratama (Sesuai Baseline = 11.444)}} \times 100\%$$

c. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- 3) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi FKTP.

- 4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- 5) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP.
- 6) Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
- 7) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP.
- 8) Pengembangan aplikasi mutufasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).

d. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
 - i. Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
 - ii. Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).
 - iii. Penetapan Instrumen Survei Akreditasi Klinik (Kepdirjen Nomor HK.02.02/I/105/2023)
 - iv. Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
 - v. Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023)
- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
 - i. Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
 1. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait pemenuhan ASPAK
 2. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
 3. *Digital Transformation Office* Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.

- ii. Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, dan BPJS Kesehatan.
 - iii. Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan asosiasi FKTP.
- 3) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi FKTP.
- i. Penetapan kurikulum dan modul pelatihan calon surveyor akreditasi FKTP.
 - ii. Pelaksanaan *Placement Test* bagi calon surveyor akreditasi memanfaatkan aplikasi Pelataran Sehat.
 - iii. Pelaksanaan *Training of Trainer* (TOT) bagi calon surveior akreditasi FKTP.
- 4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- i. Peningkatan kapasitas Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan pemahaman tentang standar akreditasi FKTP.
 - ii. Bimbingan Teknis Akreditasi FKTP kepada Dinas Kesehatan.
 - iii. Bimbingan Teknis Akreditasi kepada FKTP.
- 5) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP.
- i. Pemantauan dan Evaluasi implementasi standar dan petunjuk teknis survei akreditasi di FKTP.
 - ii. Pemantauan dan Evaluasi kepada surveior akreditasi dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA).
 - iii. Percepatan survei akreditasi FKTP oleh LPA melalui pemantauan progress pencapaian akreditasi melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
- 6) Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
- Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi akreditasi yang dikembangkan terintegrasi dengan sistem informasi registrasi fasilitas pelayanan kesehatan (DFO), ASPAK, SISDMK, dan sistem informasi mutu fasyankes.

- 7) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP.
 - i. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Klinik Pratama.
 - ii. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Klinik Pratama.

- 8) Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Non Fisik, dan dana Dekonsentrasi untuk peningkatan mutu dan percepatan akreditasi FKTP.

Dukungan akreditasi Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus dan Dekonsentrasi Kegiatan yang dilakukan dalam mendukung penilaian akreditasi yaitu dukungan alokasi anggaran untuk survei serta pemantauan mutu bagi Puskesmas melalui DAK NF. Selain dengan anggaran DAK NF, penguatan pembinaan mutu FKTP juga dilakukan oleh Dinas Kesehatan menggunakan dana dekonsentrasi.

- 9) Pengembangan aplikasi mutufasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi dengan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

e. Capaian Kinerja

Tabel 7. Persentase Klinik Pratama Terakreditasi
(Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Tahun	Target	Capaian	% Capaian Terhadap Target
	%	%	%
2020			
2021			
2022	5	2.74	54,80
2023	50	50.99	101,98
2024	100		

Berdasarkan data di atas diketahui indikator persentase klinik pratama terakreditasi telah tercapai, dilihat dari capaian sebesar 50.99% dibandingkan dengan target sebesar 50%.

f. Analisis Capaian

Data dalam tabel di atas menunjukkan bahwa indikator Persentase Klinik Pratama Terakreditasi telah mencapai target pada tahun 2023 yaitu 50% atau sebanyak 5.722 Klinik Pratama. Pencapaian target akreditasi Klinik Pratama adalah 50,99% atau sebanyak 5.836 Klinik Pratama.



Grafik 2. Persentase Klinik Pratama Terakreditasi Tahun 2020-2023

Berdasarkan capaian di atas, indikator Persentase Klinik Pratama Terakreditasi sudah tercapai untuk tahun 2023, tentunya setelah berbagai upaya peningkatan mutu dan akreditasi untuk Klinik dilakukan.

Analisis Capaian Kinerja Tahun 2023 Dibandingkan 2022

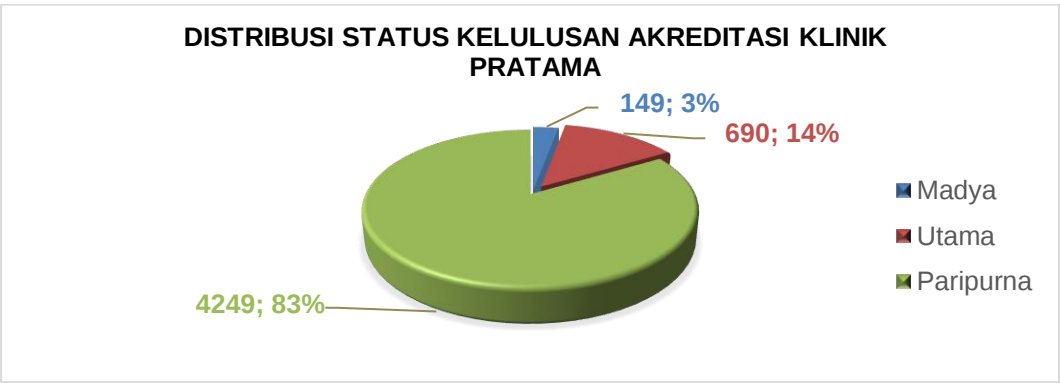
Tabel 8. Capaian Indikator Kinerja Kegiatan: Persentase Klinik Pratama Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2022-2023)

Judul Indikator	2022		2023	
	Target	Capaian	Target	Capaian
Persentase Klinik Pratama Terakreditasi	5	2.74	50	50.99

Capaian kinerja indikator Klinik Pratama terakreditasi tahun 2023 dibandingkan dengan tahun 2022 menunjukkan adanya peningkatan. Capaian ini terkesan didukung dengan telah efektifnya pelaksanaan survei akreditasi untuk klinik pratama sejak bulan Mei tahun 2023. Pada tahun 2022, persentase capaian klinik pratama terakreditasi terhadap target adalah $2,74\%/5\% = 54,8\%$. Sementara pada tahun 2023 terjadi peningkatan kinerja yaitu menjadi $50,99\%/50\% = 101,98\%$.

Analisis keberhasilan Kinerja 2023 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2020-2024:

Memasuki akhir tahun 2023, status kelulusan akreditasi Klinik Pratama berdasarkan tingkat kelulusannya adalah 4.249 terakreditasi paripurna, 690 terakreditasi utama, dan 149 terakreditasi madya.



Gambar 3.3 Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama

g. Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain:

- a) Waktu pelaksanaan survei akreditasi pada tahun 2023 ini sangat terbatas. Survey baru dapat dilakukan pada Mei 2023 karena menunggu regulasi-regulasi pendukung seperti tarif, juknis survei dan penetapan lembaga.
- b) Jumlah surveyor masih kurang serta distribusi surveyor akreditasi FKTP belum merata di seluruh wilayah.
- c) Pelaksanaan Registrasi klinik belum optimal sehingga masih ada klinik yang tidak memiliki nomor register (kode fasyankes), sehingga tidak bisa mendaftar survey melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi FKTP.
- d) Tidak tersedia alokasi anggaran DAK Non Fisik untuk akreditasi.
- e) Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan tidak ada konsekuensi lain bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.
- f) Bagi klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah, tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- g) Bagi klinik swasta, komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk

pemenuhan standar akreditasi masih rendah.

- h) Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait Akreditasi Klinik Pratama di daerah tersebut.
- i) Pada pertengahan tahun 2023, survei akreditasi sudah berproses, namun sebagian besar Klinik Pratama masih mengalami kendala proses dalam sistem informasi (SINAF & DFO).

h. Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Percepatan akreditasi melalui penambahan jumlah surveyor oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi FKTP.
- b) Pelatihan calon surveyor untuk menambah surveyor serta mempertimbangkan distribusi calon surveyor dalam menentukan penyelenggaraan pelatihan seperti di Papua, Papua Barat, Maluku dan Maluku Utara.
- c) Koordinasi dengan lintas program di Kementerian Kesehatan yang bertanggungjawab dalam registrasi fasilitas pelayanan kesehatan.
- d) Mendorong Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengadvokasi klinik-klinik di wilayahnya untuk melakukan akreditasi walaupun tidak ada konsekuensi/sanksi serta meningkatkan komitmen Pemilik Klinik terkait akreditasi klinik. Advokasi dilakukan dengan Desk one on one dengan Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten Kota untuk mendorong pencapaian akreditasi FKTP.
- e) Pelaksanaan Bimbingan Teknis, Workshop dan Sosialisasi Standar Akreditasi FKTP oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas kesehatan. Terkait infrastruktur, advokasi kepada Pemerintah Daerah yang bertanggungjawab pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas tersebut.
- f) Koordinasi dengan DTO untuk pengembangan aplikasi berdasarkan umpan balik keluhan dari FKTP.

i. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki sehingga dilakukan dengan Melakukan kegiatan sosialisasi secara online dengan jumlah

peserta zoom yang cukup besar sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi kebijakan menjadi lebih luas.

3) Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TPMD) yang melakukan pengukuran Indeks Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan

a. Definisi Operasional

Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TPMD/TPMDG) yang melakukan pengukuran INM pelayanan kesehatan secara lengkap dan berkala.

b. Cara Perhitungan

Dengan menggunakan baseline data TPMD/TPMDG Desember 2022 sebesar 7.701 tanpa menghitung pertumbuhan TPMD/TPMDG. Sedangkan cara mengukurnya adalah menghitung jumlah TPMD/TPMDG yang melakukan pelaporan INM melalui sistem pencatatan dan pelaporan mutufasyankes pada tahun berjalan dibagi dengan jumlah TPMD sesuai baseline dikalikan 100%.

$$\frac{\text{Jumlah TPMD yang melakukan pelaporan INM pada tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Seluruh TPMD (Sesuai Baseline)}} \times 100\%$$

c. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

- 1) Mendorong budaya mutu di FKTP melalui pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM).
- 2) Meningkatkan komitmen pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan melalui diseminasi dan lokakarya kebijakan mutu dan akreditasi.

d. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
 - i. Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1368/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
 - ii. Revisi Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023 tentang Tarif Survei Akreditasi.

- 2) Koordinasi dan Advokasi dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika terkait ketersediaan jaringan internet, terutama di daerah-daerah terpencil.
- 3) Peningkatan kapasitas SDM untuk pelaporan INM di TPMD/TPMDG.
 - i. Pelaksanaan sosialisasi pelaporan INM bagi TPMD/TPMDG secara daring.
 - ii. Pelaksanaan bimtek pelaporan INM bagi TPMD/TPMDG secara luring.
- 4) Membuka kemudahan pelaporan INM secara manual bagi TPMD/TPMDG yang mengalami kesulitan jaringan ataupun keterbatasan kemampuan SDM.
- 5) Pengembangan aplikasi mutufasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM).
- 6) Pengembangan aplikasi ASRI (Aplikasi Sistem Rekam Medik Elektronik Indonesia) untuk TPMD/TPMDG.

e. Capaian Kinerja

Tabel 6. Persentase TPMD yang melakukan pengukuran INM Pelayanan Kesehatan (Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Tahun	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
	%	%	%
2020			
2021			
2022	30	0	0
2023	60	45.5	75,83
2024	100		

Berdasarkan data di atas terlihat bahwa indikator TPMD melakukan pengukuran INM belum tercapai yaitu sebesar 45,5% dibandingkan dengan target capaian sebesar 60%.

f. Analisis Capaian

Data dalam tabel di atas menunjukkan bahwa indikator Pelaporan INM TPMD/TPMDG belum mencapai target pada tahun 2023 yaitu 60% atau sebanyak 4.621 TPMD/TPMDG. Pencapaian target Pelaporan INM TPMD/TPMDG adalah 45,5% atau sebanyak 3.507 TPMD/TPMDG. Pencapaian ini meningkat cukup signifikan bila dibandingkan dengan

capaian tahun 2022 yang masih 0% karena belum siapnya instrument pada tahun 2022 tersebut.

g. Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain:

- a) TPMD/TPMDG belum tersosialisasi secara merata dan menyeluruh terkait pelaporan INM
- b) NIK TPMD/TPMDG belum terhubung dengan SISDMK, kendala registrasi sehingga belum dapat mengakses sistem pelaporan INM
- c) Jaringan internet di sejumlah TPMD/TPMDG belum tersedia atau tidak stabil
- d) Pasien yang tidak membawa handphone tidak dapat menilai kepuasan pasien, padahal merupakan salah satu indikator dalam INM TPMD/TPMDG.

h. Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Melakukan sosialisasi pelaporan INM bagi TPMD/TPMDG secara daring
- b) Melakukan bimtek pelaporan INM bagi TPMD/TPMDG secara luring
- c) Pelaporan kepuasan pasien secara manual
- d) Advokasi dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika terkait ketersediaan jaringan internet

i. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki sehingga dilakukan dengan Melakukan kegiatan sosialisasi secara online dengan jumlah peserta zoom yang cukup besar sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi kebijakan menjadi lebih luas.

2. Meningkatnya Distribusi Fasyankes Rujukan yang Bermutu

Pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan yang terdapat dalam sasaran program Meningkatnya Distribusi Fasyankes Rujukan yang Bermutu adalah sebagai berikut.

1) Persentase Rumah Sakit Terakreditasi

a. Definisi Operasional

Persentase Rumah Sakit yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.

b. Cara Perhitungan

Jumlah rumah sakit yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan dibagi jumlah rumah sakit yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan dikali 100.

$$\frac{\text{Jumlah Rumah Sakit yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah Rumah Sakit yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan}} \times 100\%$$

c. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target mutu pelayanan kesehatan rujukan adalah :

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- 3) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi Rumah Sakit.
- 4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- 5) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.
- 6) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Rumah Sakit.
- 7) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit terintegrasi.

d. Upaya Yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
 - i. Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).

- ii. Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
 - iii. Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023).
- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Rumah Sakit.
- a. Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
 - 1. Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terkait pengembangan sistem informasi pendukung penyelenggaraan akreditasi (SINAR, Mutufasyankes, SIMAR)
 - 2. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait pemenuhan ASPAK.
 - 3. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan terkait Pelayanan Darah dan Rumah Sakit
 - 4. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
 - 5. *Digital Transformation Office* Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.
 - 6. Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Palang Merah Indonesia dan BPJS Kesehatan.
 - b. Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit dengan Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi, sejumlah asosiasi Rumah Sakit, dan organisasi profesi terkait.
- 3) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- a. Workshop kepada Dinas Kesehatan dan fasyankes mengenai keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
 - b. Bimbingan teknis terkait pencapaian target INM dan pelaporan IKP di Rumah Sakit.
 - c. Pendampingan akreditasi di Rumah Sakit.
- 4) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.

- a. Pemantauan dan Evaluasi implementasi standar dan petunjuk teknis survei akreditasi di Rumah Sakit
 - b. Pemantauan dan Evaluasi kepada survei akreditasi dan Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi (LIPA)
- 5) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
 - a. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Rumah Sakit.
 - b. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Rumah Sakit.
- 6) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit terintegrasi.
- 7) Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi dengan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SINAR).

e. Capaian Kinerja

Tabel 7. Persentase RS Terakreditasi (Target Tahun 2020-2024) dengan Baseline Desember 2022 (tanpa RS D Pratama)

Jumlah Rumah Sakit	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)	Target Tahun
2813	2020	80%		1028
	2021	85%		851
	2022	90%	2532 (Baseline 2018)	
	2023	95%	2713	
	2024	100%	3015	

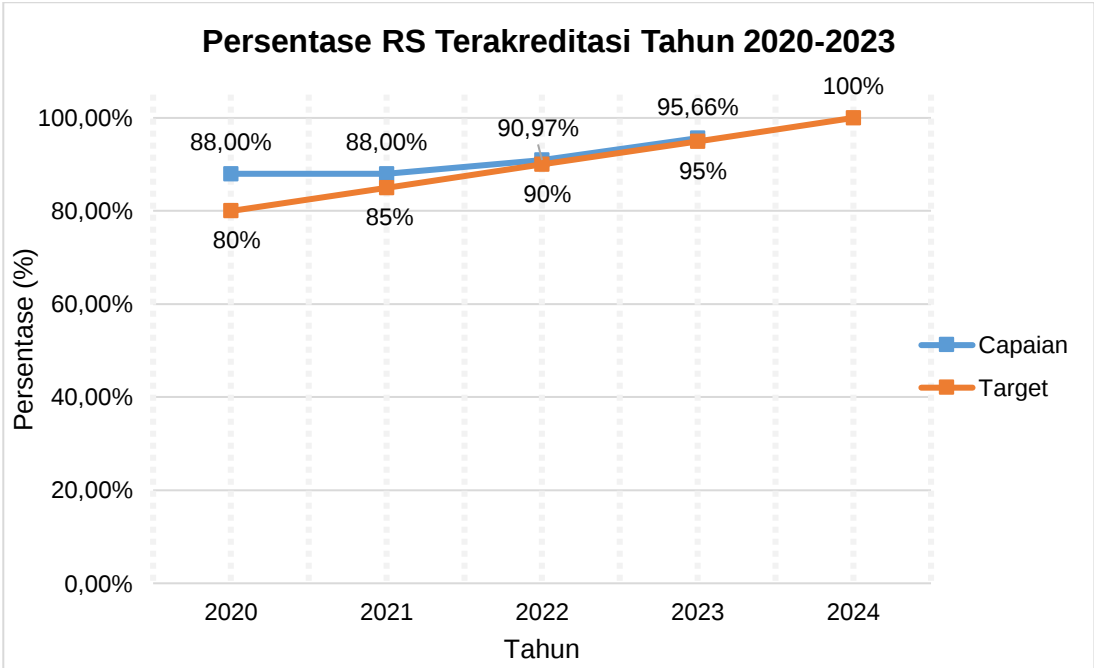
Tabel 8. Persentase RS Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2020-2023) dengan Baseline Desember 2022 (tanpa RS D Pratama)

Tahun	Target		Capaian		%Capaian Terhadap Target
	%	Jumlah	%	Jumlah	%
2020	80%		88%		110,00
2021	85%		88%		103,52
2022	90%	2532 (Baseline 2018)	90,97%	2559	101,07
2023	95%	2713	95,66%	2884	100,69

Capaian rumah sakit terakreditasi pada tahun 2023 adalah sebesar 2884 atau 95,66% dari jumlah rumah sakit yang sudah teregistrasi di Kementerian Kesehatan dengan perhitungan menggunakan denominator pada Desember 2022 (tanpa RS D Pratama) yaitu sebanyak 3.015 rumah sakit.

f. Analisis Capaian

Dengan adanya perubahan Renstra yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024, maka analisis keberhasilan kinerja tahun 2023 adalah sebagai berikut.



Grafik 3. Persentase Capaian RS Terakreditasi Tahun 2020-2024

i) Analisis terhadap target tahun 2022

Pencapaian target indikator persentase rumah sakit terakreditasi pada tahun 2023 telah mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024.

ii) Analisis terhadap pencapaian target di tahun-tahun sebelumnya

Pencapaian persentase rumah sakit terakreditasi adalah sebanyak 95,66% (2.884 dari 3.015 RS), sementara target pada tahun 2023 adalah 95% (2.713 dari 3.015 RS). Dibandingkan dengan tahun sebelumnya, pencapaian tahun ini meningkat 90,97% menjadi 95,66%. Capaian ini telah mengeliminasi RS D Pratama, dikarenakan RS D Pratama terkategori sebagai faskes tingkat pertama (bukan rujukan).

g. Permasalahan

- 1) Standar akreditasi rumah sakit yang sudah ditetapkan tidak dapat diterapkan di rumah sakit D pratama.
- 2) Terdapat hasil akreditasi RS dengan status/jenjang kelulusan yang kurang sesuai/layak untuk mendapatkan status/jenjang kelulusan tersebut.

h. Usulan Pemecahan Masalah

- 1) Membuat peraturan tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama yang dinilai dapat lebih sesuai dengan kemampuan layanan rumah sakit kelas D pratama.
- 2) Mengalokasikan DAK Non Fisik untuk RS dan Dana Dekonsentrasi untuk Dinas Kesehatan Provinsi dalam rangka pengawasan dan pembinaan peningkatan mutu pelayanan dan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan mutu di wilayah masing-masing.

i. Efisiensi Sumber Daya

Pelaksanaan akreditasi rumah sakit sudah menggunakan aplikasi SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit) yang terbridging dengan Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi rumah sakit, sehingga penilaian, pelaporan dan penandatanganan sertifikat akreditasi dilakukan berbasis elektronik. Sehingga dapat mempercepat waktu pelaksanaan, hasil penilaian, penetapan kelulusan akreditasi rumah sakit dan waktu tunggu terbit sertifikat.

2) Persentase Laboratorium Kesehatan yang Terakreditasi

a. Definisi Operasional

Persentase Laboratorium Kesehatan yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.

b. Cara Perhitungan

Jumlah laboratorium kesehatan yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan dibagi jumlah laboratorium kesehatan yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan dikali 100.

$$\frac{\text{Jumlah laboratorium kesehatan yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah laboratorium kesehatan yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan}} \times 100\%$$

c. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

Rencana aksi yang dilakukan dalam upaya pencapaian target adalah sebagai berikut :

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi Laboratorium Kesehatan melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- c) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi Laboratorium Kesehatan.
- d) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- e) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi Laboratorium Kesehatan.
- f) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Laboratorium Kesehatan.
- g) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Laboratorium Kesehatan terintegrasi.

d. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
 - i. Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

- ii. Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).
 - iii. Penetapan Instrumen Survey Akreditasi Labkes (Kepdirjen No 02.02/D/632/2023).
 - iv. Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
 - v. Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023).
- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Laboratorium Kesehatan.
- a) Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
 - 1. Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terkait pengembangan sistem informasi pendukung penyelenggaraan akreditasi (SINAF, Mutufasyankes, DFO)
 - 2. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait pemenuhan ASPAK.
 - 3. Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat terkait dengan laboratorium Kesehatan Masyarakat
 - 4. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
 - 5. *Digital Transformation Office* Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.
 - 6. Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Palang Merah Indonesia dan BPJS Kesehatan.
 - b) Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi Laboratorium Kesehatan dengan Lembaga Penyelenggara Akreditasi, sejumlah asosiasi Laboratorium Kesehatan, dan organisasi profesi terkait.
- 3) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.

- a) Workshop kepada Dinas Kesehatan dan fasyankes mengenai keselamatan pasien dan manajemen risiko di Laboratorium Kesehatan.
 - b) Bimbingan teknis terkait pencapaian target INM dan pelaporan IKP di Laboratorium Kesehatan.
 - c) Pendampingan akreditasi di Laboratorium Kesehatan.
 - 4) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi Laboratorium Kesehatan.
 - a) Pemantauan dan Evaluasi implementasi standar dan petunjuk teknis survei akreditasi di Laboratorium Kesehatan
 - b) Pemantauan dan Evaluasi kepada surveior akreditasi dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA)
 - 5) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Laboratorium Kesehatan.
 - a) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Laboratorium Kesehatan.
 - b) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Laboratorium Kesehatan.
 - 6) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Laboratorium Kesehatan terintegrasi.
- Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi dengan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF)

e. Capaian Kinerja

Tabel 9. **Target Pesentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi 2020 - 2024**

Jumlah Labkes	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)
1487	2020		151
	2021		228
	2022	70%	1041
819	2023	80%	655
	2024	100%	819

Pada tabel di atas terkait target persentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi untuk tahun 2020 s.d. 2022 menggunakan jumlah sesuai dengan target Renstra awal yaitu 1487 Laboratorium Kesehatan, sedangkan sejak tahun 2023 menggunakan jumlah 819 Laboratorium Kesehatan. Hal ini dikarenakan sejumlah Laboratorium Kesehatan beralih menjadi Klinik ataupun bergabung dengan Rumah Sakit.

Tabel 10. Capaian Target Pesentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi Tahun 2020 – 2023

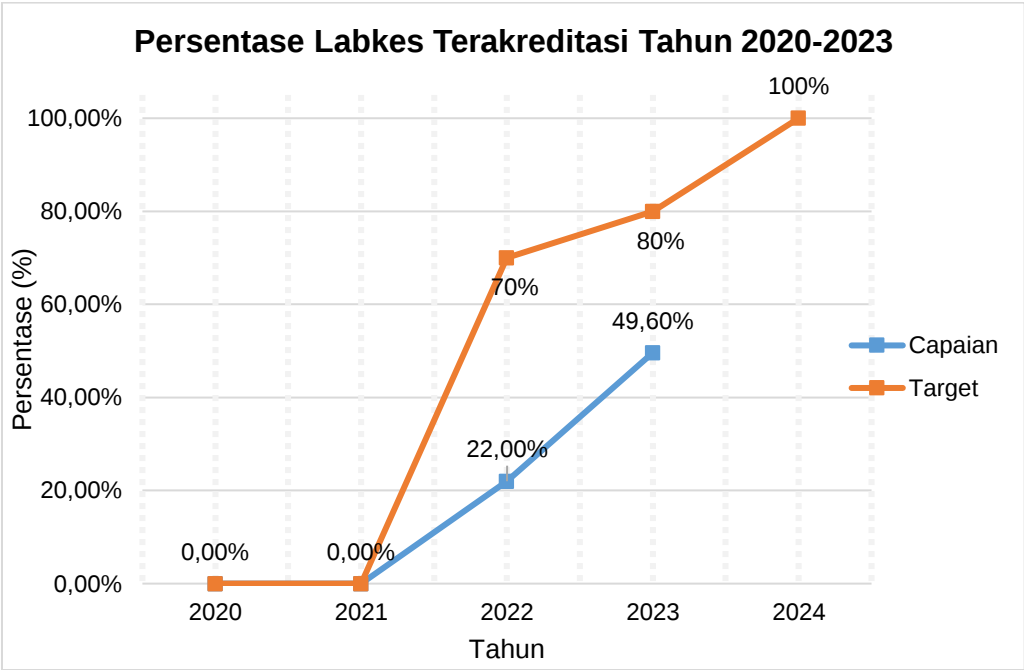
Tahun	Target		Capaian		% Capaian terhadap Target
	%	Jumlah	%	Jumlah	%
2020		151		139	-
2021		228		241	-
2022	70%	1041 (baseline 2018)	22%	327	31,42
2023	80%	655 (baseline Des 2022)	49,6%	406	61,98

Dari tabel di atas, sejak tahun 2022 (setelah terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Revisi Renstra Kementerian Kesehatan) hingga akhir tahun 2023, capaian target Laboratorium Kesehatan Terakreditasi belum mencapai target. Target capaian tahun 2023 adalah 80% atau sejumlah 655 Laboratorium Kesehatan terakreditasi, namun realisasi capaiannya adalah 49,6% atau 406 laboratorium Kesehatan.

f. Analisis Capaian

a) Analisis Kegagalan

Dengan adanya perubahan Renstra yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024, maka analisis keberhasilan kinerja tahun 2023 adalah sebagai berikut.



Grafik 3. Persentase Capaian Labkes Terakreditasi Tahun 2020-2024

- b) **Analisis Capaian Kinerja Tahun 2023 Dibandingkan Tahun 2022**
- Pencapaian target indikator persentase laboratorium Kesehatan terakreditasi pada tahun 2022 maupun 2023 belum mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024.
- c) **Analisis Keberhasilan Kinerja 2023 Dengan Target Jangka Menengah Renstra 2020 – 2024**

Dengan adanya perubahan Renstra yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024, maka analisis keberhasilan kinerja tahun 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 11. Analisis Keberhasilan Kinerja 2022 Dengan Target Jangka Menengah Renstra 2020 – 2024

Indikator	Definisi Operasional	Target 2022	Capaian	Kesenjangan
Persentase Laboratorium Kesehatan yang terakreditasi	Persentase Laboratorium Kesehatan yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan	70	49,6	20,4

Dari tabel analisis Keberhasilan Kinerja 2023 dengan target Jangka Menengah Renstra 2020 – 2024 terdapat kesenjangan capaian sebesar 20,4%.

g. Permasalahan

- 1) Diperlukan pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) untuk penyelenggaraan akreditasi laboratorium kesehatan dan UTD mulai dari pendaftaran hingga penerbitan e-sertifikat.
- 2) Masih terdapat laboratorium kesehatan dan UTD yang belum memiliki izin berusaha dan belum teregistrasi
- 3) Data laboratorium kesehatan yang mengalami perubahan sehingga berpengaruh terhadap perhitungan pencapaian target.
- 4) Laboratorium Kesehatan menjadikan sertifikasi ISO sebagai prioritas jika dibandingkan dengan akreditasi oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA).

h. Usulan Pemecahan Masalah

- 1) Penyempurnaan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes yang nantinya akan digunakan untuk penyelenggaraan akreditasi laboratorium kesehatan dan UTD sejak pendaftaran hingga penerbitan e-sertifikat.
- 2) Melakukan percepatan untuk izin berusaha dan registrasi Labkes dan UTD.
- 3) Meningkatkan keterlibatan Dinkes Provinsi, Kab/Kota dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di fasyankes, khususnya Labkes dan UTD.
- 4) Mengalokasikan DAK Non Fisik untuk Fasyankes (RS dan Labkes) dan Dana Dekonsentrasi untuk Dinas Kesehatan Propinsi dalam rangka pengawasan dan pembinaan peningkatan mutu pelayanan dan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan mutu di wilayah masing-masing.
- 5) Melakukan sosialisasi dan advokasi dengan pemerintah daerah, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota dilakukan secara hybrid.
- 6) Melakukan penyusunan kebijakan untuk mendukung percepatan akreditasi Labkes dan Unit Transfusi Darah terkait konsekuensi apabila tidak diakreditasi..

i. Efisiensi Sumber Daya

- 1) Sumber Daya Manusia
Pemetaan jumlah surveior disesuaikan dengan kebutuhan.
- 2) Proses Penyelenggaraan Kegiatan
Proses penyelenggaraan kegiatan mutu dan akreditasi disesuaikan dengan situasi dan kondisi wilayah untuk penggunaan metode daring, luring atau hybrid dengan memperhatikan efektifitasnya.

3) Persentase Unit Transfusi Darah (UTD) yang Terakreditasi

a. Definisi Operasional

Persentase UTD yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.

b. Cara Perhitungan

Jumlah UTD yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan dibagi jumlah UTD yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan dikali 100.

$$\frac{\text{Jumlah UTD yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah UTD yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan}} \times 100\%$$

c. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

Rencana aksi yang dilakukan dalam upaya pencapaian target adalah sebagai berikut :

- Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi Unit Transfusi Darah melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
- Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi Unit Transfusi Darah.
- Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi Unit Transfusi Darah.
- Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Unit Transfusi Darah.
- Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Unit Transfusi Darah terintegrasi.

d. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.

- i. Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
- ii. Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).

- iii. Penetapan Standar Akreditasi Unit Transfusi Darah (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1313/2023).
 - iv. Penetapan Instrumen Survey Akreditasi UTD (Kepdirjen No 02.02/D/15603/2023)
 - v. Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
 - vi. Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023).
- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Unit Transfusi Darah.
- a. Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
 - 1. Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terkait pengembangan sistem informasi pendukung penyelenggaraan akreditasi (SINAF, Mutufasyankes, DFO)
 - 2. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait pemenuhan ASPAK.
 - 3. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan terkait Pelayanan Darah dan Rumah Sakit
 - 4. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
 - 5. *Digital Transformation Office* Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.
 - 6. Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Palang Merah Indonesia dan BPJS Kesehatan.
 - b. Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi Unit Transfusi Darah dengan Lembaga Penyelenggara Akreditasi, asosiasi Unit Transfusi Darah, dan organisasi profesi terkait.
- 3) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi Unit Transfusi Darah.
- a. Penetapan kurikulum pelatihan calon surveior akreditasi Unit Transfusi Darah.
 - b. Pelaksanaan *Training of Trainer* (TOT) bagi calon surveior akreditasi Unit Transfusi Darah secara hybrid.

- 4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
 - a. Workshop kepada Dinas Kesehatan dan fasyankes mengenai keselamatan pasien dan manajemen risiko di Unit Transfusi Darah.
 - b. Bimbingan teknis terkait pencapaian target INM dan pelaporan IKP di Unit Transfusi Darah.
 - c. Pendampingan akreditasi di Unit Transfusi Darah
 - 5) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Unit Transfusi Darah.
 - a. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Unit Transfusi Darah.
 - b. Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Unit Transfusi Darah.
 - 6) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Unit Transfusi Darah terintegrasi.
- Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi dengan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

e. Capaian Kinerja

Tabel 12. Target Pesentase UTD yang terakreditasi 2020 - 2024

Jumlah UTD	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)	Target Tahun
228	2020	0	0	0
	2021	0	0	0
	2022	0	0	0
	2023	30%	68	68
	2024	100%	208	140

Dari tabel di atas untuk target persentase UTD yang terakreditasi baru akan dimulai pada tahun 2023 sehingga untuk tahun 2020 – 2022 belum ada pencapaian target. Namun, hingga akhir 2023 prosesnya masih belum mencapai penerbitan sertifikat akreditasi UTD.

f. Analisis Capaian

a) Analisis Keberhasilan

- Penyelenggaraan akreditasi Puskesmas, klinik, laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD dan TPMDG telah diatur dengan keluarnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, Kepdirjen Pelayanan Kesehatan Nomor 3991 tahun 2022 tentang Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
- Pembinaan mutu dan akreditasi laboratorium kesehatan dan UTD dengan dukungan dan peran serta Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota dan stakeholder terkait.

b) Analisis Capaian Kinerja Tahun 2022 Dibandingkan Tahun 2021

Belum ada capaian kinerja tahun 2023 sehingga tidak dapat dibandingkan tahun 2023.

c) Analisis Keberhasilan Kinerja 2022 Dengan Target Jangka Menengah Renstra 2020 – 2024

Belum ada capaian kinerja tahun 2022 sehingga tidak dapat dilakukan analisis keberhasilan dengan target Renstra 2020 – 2024, karena hingga akhir tahun 2023 prosesnya masih belum mencapai penerbitan sertifikat akreditasi UTD.

g. Permasalahan

- a) Diperlukan pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) untuk penyelenggaraan akreditasi dan UTD mulai dari pendaftaran hingga penerbitan e-sertifikat.
- b) Masih terdapat dan UTD yang belum memiliki izin berusaha dan belum teregistrasi.
- c) Standar akreditasi UTD ditetapkan pada April 2023, akreditasi bagi UTD dilakukan pertama kali pada tahun 2023, sehingga memerlukan waktu untuk sosialisasi dan persiapan.

h. Usulan Pemecahan Masalah

- a) Penyempurnaan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes yang nantinya akan digunakan untuk penyelenggaraan akreditasi UTD sejak pendaftaran hingga penerbitan e-sertifikat.

- b) Melakukan percepatan untuk izin berusaha dan registrasi UTD.
- c) Meningkatkan keterlibatan Dinkes Provinsi, Kab/Kota dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di fasyankes, khususnya Labkes dan UTD.
- d) Melakukan sosialisasi dan advokasi dengan pemerintah daerah, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota dilakukan secara hybrid.
- e) Melakukan penyusunan kebijakan untuk mendukung percepatan akreditasi Unit Transfusi Darah terkait konsekuensi apabila tidak diakreditasi.

i. Efisiensi Sumber Daya

1. Sumber Daya Manusia

Pemetaan jumlah surveior disesuaikan dengan kebutuhan.

2. Proses Penyelenggaraan Kegiatan

Proses penyelenggaraan kegiatan mutu dan akreditasi disesuaikan dengan situasi dan kondisi wilayah untuk penggunaan metode daring, luring atau hybrid dengan memperhatikan efektifitasnya.

4) Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) Rujukan yang Mencapai Target Indeks Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan

a. Definisi Operasional

Persentase fasyankes rujukan (RS, Laboratorium Kesehatan & UTD) yang mencapai target minimal 80% indikator dari seluruh INM yang wajib diukur di fasyankes tersebut, didapat dari laporan yang lengkap dan berkala.

b. Cara Perhitungan

Jumlah Fasyankes Rujukan (RS, Labkes, dan UTD) yang mencapai target minimal 80% indikator dari seluruh INM yang wajib diukur di Fasyankes tersebut dibagi jumlah seluruh fasyankes rujukan yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan dikali 100.

$$\frac{\text{Jumlah Fasyankes Rujukan (RS, Labkes, dan UTD) yang mencapai target minimal 80\% indikator dari seluruh INM yang wajib diukur di Fasyankes tersebut}}{\text{Jumlah Seluruh Fasyankes Rujukan yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan}} \times 100\%$$

c. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

- 1) Menyusun Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria tentang mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 2) Melakukan sosialisasi kebijakan mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 3) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi kegiatan mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 4) Meningkatkan koordinasi dan kerja sama lintas program dan lintas sektor dengan Kementerian/Lembaga, Dinas Kesehatan, asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan pemangku kepentingan lain.
- 5) Melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah serta pemilik Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk mendukung mutu dan akreditasi melalui komitmen dan alokasi APBD, BLUD atau anggaran lain yang sah.
- 6) Melakukan penguatan peran Dinas Kesehatan dalam pembinaan dan pengawasan mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 7) Mengembangkan sistem informasi data mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 8) Memfasilitasi upaya peningkatan budaya mutu dan keselamatan pasien.

d. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

1) Diseminasi Hasil Pengukuran INM Rumah Sakit

Hasil pengukuran INM RS yang dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan diolah dan diumpankanbalikkan kepada Dinas Kesehatan, Perhimpunan RS, dan *stakeholder* terkait untuk kepentingan upaya peningkatan mutu.

2) **Penyampaian Umpan Balik Kepatuhan Pelaporan INM Rumah Sakit kepada Dinas Kesehatan**

Evaluasi kepatuhan rumah sakit di setiap provinsi diidentifikasi dan hasilnya diumpanbalikkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi untuk kepentingan pemantauan lebih lanjut.

3) **Pemantauan dan Evaluasi Indikator Nasional Mutu di Rumah Sakit**
Kegiatan ini ditujukan kepada rumah sakit yang belum terakreditasi untuk mendapatkan pendampingan terkait pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM).

4) **Dukungan Peningkatan Mutu Fasyankes Dengan Dana Dekonsentarsi**

5) **Workshop Pelaksanaan Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Laboratorium Kesehatan**

- Kegiatan ini berupa pertemuan dengan metode *hybrid* yang diikuti oleh seluruh laboratorium kesehatan yang dibagi menjadi 3 regional.
- Output dari kegiatan ini adalah tersampaikannya kebijakan terkait mutu pelayanan kesehatan laboratorium kesehatan.

6) **Workshop Pelaksanaan Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di UTD**

- Kegiatan ini berupa pertemuan dengan metode *hybrid* yang diikuti oleh seluruh UTD.
- Output dari kegiatan ini adalah tersampaikannya kebijakan terkait mutu pelayanan kesehatan UTD.

7) **Peningkatan kapasitas dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dalam penjaminan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan**

8) **Peningkatan kapasitas dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dalam penjaminan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.**

e. **Capaian Kinerja**

Tabel 13. Capaian Target Pesentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan Tahun 2020 – 2023 menggunakan Baseline Desember 2023

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)
RS (3015) (Tanpa RS D Pratama)	2020		
	2021		
	2022	60%	1809

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)
	2023	80%	2412
	2024	100%	3015
LAB (819)	2020		
	2021		
	2022	60%	491
	2023	80%	655
	2024	100%	819
UTD (228)	2020		
	2021		
	2022	60%	125
	2023	80%	166
	2024	100%	208
Total (4042)	2020		
	2021		
	2022	60%	2425
	2023	80%	3233
	2024	100%	4042

Berdasarkan tabel di atas untuk target capaian persentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan dimulai pada tahun 2022 – 2023 merujuk pada perubahan Renstra.

Tabel 14. Capaian Target Pesentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan Tahun 2020 - 2023

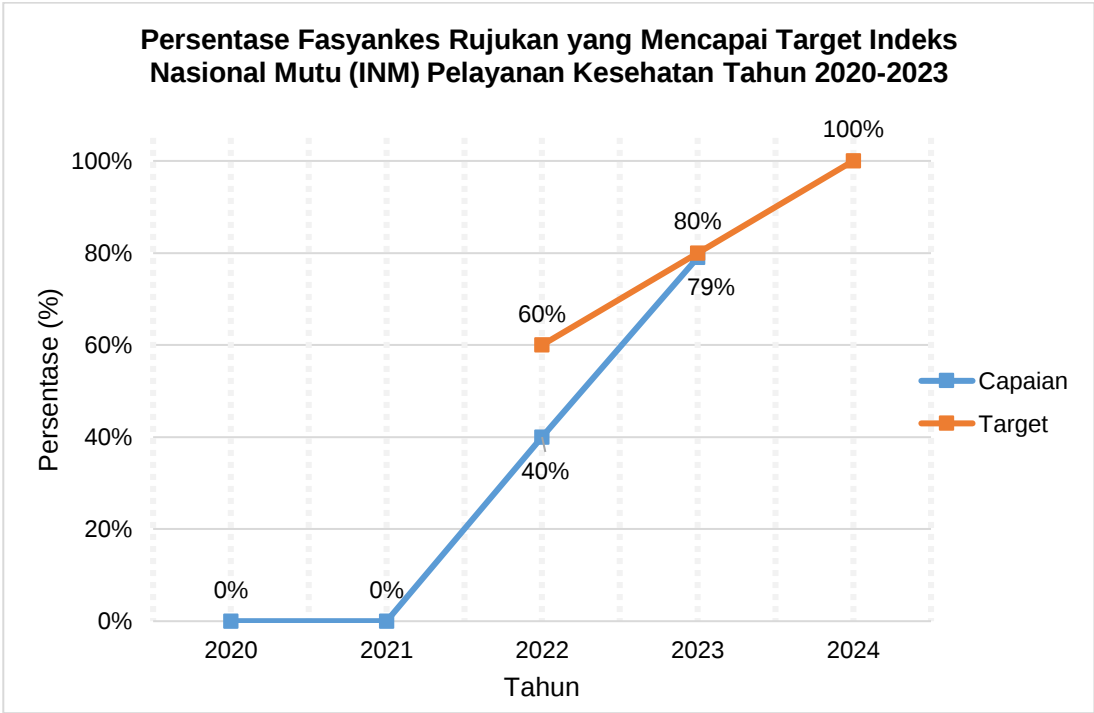
Fasyankes Rujukan	Tahun	Target		Capaian		%Capaian terhadap Target
		%	Jumlah	%	Jumlah	%
RS (3015) (Tanpa RS D Pratama)	2020					
	2021					
	2022	60%	1809	27%	826	45,66
	2023	80%	2412	78,6%	2371	98,30
LAB (819)	2020					
	2021					
	2022	60%	491	83%	677	137,88
	2023	80%	655	83%	677	103,39
UTD (208)	2020					
	2021					

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target		Capaian		%Capaian terhadap Target
		%	Jumlah	%	Jumlah	
	2022	60%	125	61%	127	101,60
	2023	80%	166	67%	140	84,34
Total (4042)	2020					
	2021					
	2022	60%	2425	40%	1630	67,22
	2023	80%	3233	79%	3188	98,61

Dari tabel di atas capaian Persentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan dari target 80% atau 3233 fasyankes rujukan hanya mencapai target 79% atau 3188 fasyankes rujukan pada tahun 2023.

f. Analisis Capaian

Keluarnya kebijakan terkait pengukuran Indikator Nasional Mutu Fasyankes berupa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Paraktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah.



Grafik 5. Persentase Fasyankes Rujukan yang Mencapai Target Indeks Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan Tahun 2020-2023

i) Analisis terhadap target tahun 2022

Pencapaian target indikator persentase fasyankes rujukan yang mencapai target Indeks Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan pada tahun 2023 masih belum mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024.

ii) Analisis terhadap pencapaian target di tahun-tahun sebelumnya

Pada tahun 2021, pengukuran INM belum dilaporkan secara rutin ke Kementerian Kesehatan karena Permenkes 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Drg, Klinik, Puskesmas, RS, Labkes dan UTD baru diterbitkan pada tahun 2022. Selain itu, INM baru menjadi target IKK pada tahun 2022 mengacu kepada Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Selanjutnya pada tahun 2023, terjadi peningkatan signifikan kepatuhan pelaporan INM di fasyankes rujukan.

g. Permasalahan

- 1) Pemahaman Rumah Sakit terhadap INM masih perlu ditingkatkan.
- 2) Kepatuhan pelaporan INM di Fasyankes rujukan (RS, Labkes dan UTD)
- 3) Sistem Pelaporan Indikator Mutu masih belum optimal dan perlu pengembangan lebih lanjut untuk pemanfaatan sistem tersebut.
- 4) Masih terdapat kendala jaringan internet di daerah.

h. Usulan Pemecahan Masalah

- 1) Sosialisasi dan bimtek INM secara berkesinambungan.
- 2) Penguatan Dinas Kesehatan Provinsi untuk dapat memberikan pendampingan kepada fasilitas pelayanan kesehatan terkait INM.
- 3) Pengembangan sistem pelaporan INM.
- 4) Updating Data Fasyankes Rujukan yang belum mempunyai username untuk masuk aplikasi mutu.

i. Efisiensi Sumber Daya

- Bridging data registrasi Labkes dan UTD menjadi kode baru username sejak tahun 2022.
- Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi kebijakan menjadi lebih luas.

5) Persentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan

a. Definisi Operasional

Persentase fasyankes rujukan (RS, Laboratorium Kesehatan & UTD) yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan secara lengkap dan berkala.

b. Cara Perhitungan

Jumlah fasyankes rujukan (RS, Labkes, dan UTD) yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan secara lengkap dan berkala dibagi seluruh fasyankes rujukan yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan dikali 100.

$$\frac{\text{Jumlah Fasyankes Rujukan (RS, Labkes, dan UTD) yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan secara lengkap dan berkala}}{\text{Jumlah Seluruh Fasyankes Rujukan yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan}} \times 100\%$$

c. Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

- 1) Menyusun Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria tentang mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 2) Melakukan sosialisasi kebijakan mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 3) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi kegiatan mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 4) Meningkatkan koordinasi dan kerja sama lintas program dan lintas sektor dengan Kementerian/Lembaga, Dinas Kesehatan, asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan pemangku kepentingan lain.
- 5) Melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah serta pemilik Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk mendukung mutu dan akreditasi melalui komitmen dan alokasi APBD, BLUD atau anggaran lain yang sah.
- 6) Melakukan penguatan peran Dinas Kesehatan dalam pembinaan dan pengawasan mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 7) Mengembangkan sistem informasi data mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 8) Memfasilitasi upaya peningkatan budaya mutu dan keselamatan pasien.

d. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

1) Diseminasi Hasil Pelaporan IKP Rumah Sakit

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) RS yang dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan diolah dan diumpanbalikkan kepada Dinas Kesehatan, Perhimpunan RS, dan *stakeholder* terkait untuk kepentingan upaya peningkatan mutu.

2) Penyampaian Umpan Balik Kepatuhan Pelaporan IKP Rumah Sakit kepada Dinas Kesehatan

Evaluasi kepatuhan rumah sakit di setiap provinsi diidentifikasi dan hasilnya diumpanbalikkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi untuk kepentingan pemantauan lebih lanjut.

3) Pemantauan dan Evaluasi Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Kegiatan ini ditujukan kepada rumah sakit yang belum terakreditasi untuk mendapatkan pendampingan terkait pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).

4) Dukungan Peningkatan Mutu Fasyankes Dengan Dana Dekonsentarsi

5) Workshop Pelaksanaan Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Laboratorium Kesehatan

- Kegiatan ini berupa pertemuan dengan metode *hybrid* yang diikuti oleh seluruh laboratorium kesehatan yang dibagi menjadi 3 regional.
- Output dari kegiatan ini adalah tersampaikannya kebijakan terkait mutu pelayanan laboratorium kesehatan.

6) Workshop Pelaksanaan Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di UTD

- Kegiatan ini berupa pertemuan dengan metode *hybrid* yang diikuti oleh seluruh UTD.
- Output dari kegiatan ini adalah tersampaikannya kebijakan terkait mutu pelayanan kesehatan UTD.

7) Peningkatan kapasitas dinas 61table61tan provinsi/kabupaten/kota dalam penjaminan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan

8) Peningkatan kapasitas dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dalam penjaminan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

e. Capaian Kinerja

Tabel 15. Target Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan 2020 – 2024

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)
RS (3015) (Tanpa RS D Pratama)	2020		
	2021		
	2022	60%	1809
	2023	80%	2412
	2024	100%	3015
LAB (819)	2020		
	2021		
	2022	60%	491
	2023	80%	655
	2024	100%	819
UTD (228)	2020		
	2021		
	2022	60%	125
	2023	80%	166
	2024	100%	208
Total (4042)	2020		
	2021		
	2022	60%	2425
	2023	80%	3233
	2024	100%	4042

Berdasarkan table di atas untuk target capaian persentase Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan dimulai pada tahun 2022 – 2024 merujuk pada perubahan Renstra

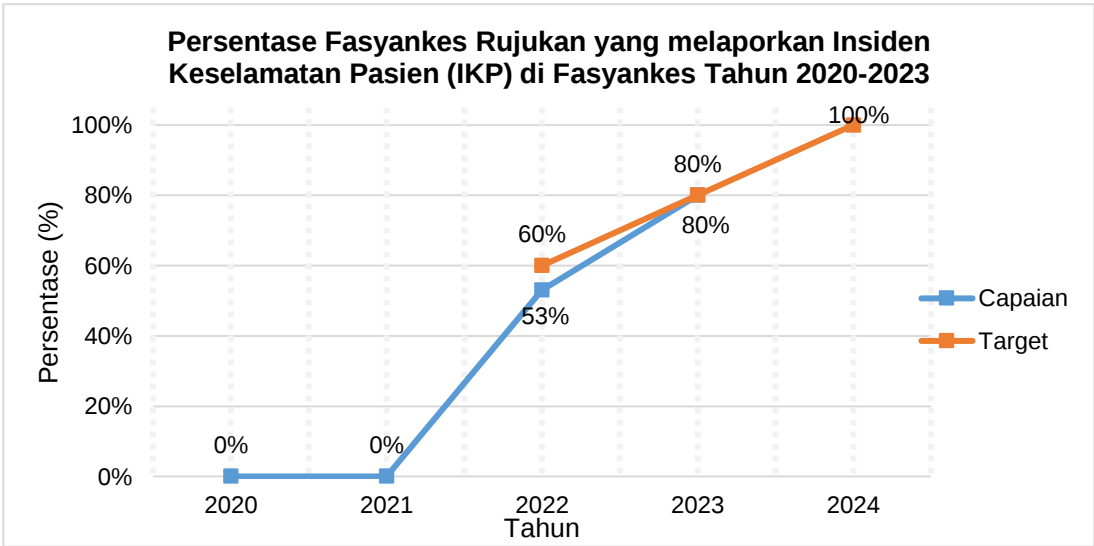
Tabel 16. Capaian Target **Pesentase** Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan
Tahun 2020 – 2023

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target		Capaian		%Capaian terhadap Target
		%	Jumlah	%	Jumlah	%
RS (3015) (Tanpa RS D Pratama)	2020					
	2021					
	2022	60%	1809	46%	1378	76,17
	2023	80%	2412	81,6%	2460	101,99
LAB (819)	2020					
	2021					
	2022	60%	491	82%	674	137,27
	2023	80%	655	82%	674	102,90

UTD (208)	2020					
	2021					
	2022	60%	125	36%	75	60,00
	2023	80%	166	52%	108	65,06
Total (4042)	2020					
	2021					
	2022	60%	2425	52,6%	2127	87,71
	2023	80%	3233	80,2%	3242	100,28

Dari table di atas capaian Persentase **Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan** dari target 80% atau 3233 fasyankes rujukan telah mencapai 80,2% atau 3242 fasyankes rujukan pada tahun 2023.

f. Analisis Capaian



Grafik 6. Persentase Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Tahun 2020-2023

i) Analisis terhadap target tahun 2022

Pencapaian target indikator persentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada tahun 2023 sudah mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Angka ini meningkat cukup signifikan dibandingkan tahun 2022, karena terjadinya peningkatan kepatuhan pelaporan IKP dengan didukung oleh dinas kesehatan di wilayah masing-masing yang mengingatkan fasyankes untuk mengisi instrument pelaporan Insiden Keselamatan Pasien pada aplikasi mutufasyankes.

ii) Analisis terhadap pencapaian target di tahun-tahun sebelumnya

Data IKP pada tahun 2021 belum menjadi target Indikator Kinerja Kegiatan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022.

g. Permasalahan

- 1) Pemahaman fasyankes terhadap IKP tetap perlu ditingkatkan.
- 2) Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien perlu pengembangan lebih lanjut untuk memaksimalkan pemanfaatan sistem tersebut.
- 3) Masih terdapat kendala jaringan internet di daerah.

h. Usulan Pemecahan Masalah

- 1) Sosialisasi IKP secara berkesinambungan.
- 2) Penguatan Dinas Kesehatan Provinsi untuk dapat memberikan pendampingan kepada fasilitas pelayanan kesehatan terkait IKP.
- 3) Pengembangan sistem pelaporan IKP.
- 4) Updating Data Fasyankes Rujukan yang belum mempunyai username untuk masuk aplikasi mutu

i. Efisiensi Sumber Daya

- Bridging data registrasi Labkes dan UTD menjadi kode baru username sejak tahun 2022.
- Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi kebijakan menjadi lebih luas.

B. REALISASI ANGGARAN

Realisasi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran 2023 sampai dengan 31 Desember 2023 Rp 24.495.420.475,- (97,17 %) dari alokasi Rp. 25.207.836.000,-, sudah dengan penambahan realisasi penerimaan hibah WHO dan UNICEF, guna menunjang pelaksanaan percepatan prioritas program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan guna mendukung upaya pencapaian sasaran strategis, sebagaimana tercantum dalam perjajian kinerja tahun 2023 maka dialokasikan anggaran pada DIPA Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan tahun 2023 sebesar Rp 22.726.612.000,- (dua puluh dua milyar tujuh ratus dua puluh enam juta enam ratus dua belas ribu rupiah), dan penambahan penerimaan dana hibah WHO dan UNICEF dalam bentuk uang sebesar Rp2.481.224.000,- (dua milyar empat ratus delapan puluh satu juta dua ratus dua puluh empat ribu rupiah) menjadi sebesar Rp 25.207.836.000,- (dua puluh lima milyar dua ratus tujuh juta delapan ratus tiga puluh enam ribu rupiah).

Tabel 17. Realisasi Anggaran Dit. Mutu Pelayanan Kesehatan TA 2023
Per 31 Desember 2023

Kegiatan	Pagu TA 2022	Realisasi + Hibah	%	Sisa Dana
MPKR	4.174.320.000	4.109.568.021	98,45%	64.751.979
MPKP	2.727.359.000	2.458.322.239	90,14%	269.036.761
MPKL	1.806.252.000	1.777.998.108	98,44%	28.253.892
ADUM	14.018.681.000	13.683.280.079	97,61%	335.400.921
Hibah	2.481.224.000	2.466.252.028	99,40%	14.971.972
Dit MPK	25.207.836.000	24.495.420.475	97,17%	712.415.525

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator program dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut dapat diperoleh informasi pencapaian indikator kinerja, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program di masa yang akan datang, agar setiap program yang direncanakan ke depan dapat lebih berhasil guna dan berdayaguna.

Dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan mendapat tugas dalam melakukan pembinaan pelayanan kesehatan dengan tujuan meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat, dan Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan sebagaimana yang tercantum pada Rencana Kerja Kementerian/Lembaga (RENJA K/L) tahun 2023.

- i. Persentase Puskesmas Terakreditasi
- ii. Persentase Klinik Pratama Terakreditasi
- iii. Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TPMD) yang melakukan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan Kesehatan
- iv. Persentase RS yang terakreditasi
- v. Persentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi
- vi. Persentase UTD yang terakreditasi
- vii. Persentase fasyankes rujukan yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan
- viii. Persentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan.

Pengukuran kinerja dimaksudkan untuk mengetahui capaian masing-masing target indikator kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan khususnya dibandingkan dengan target yang sudah ditetapkan di awal tahun. Manfaat hasil pengukuran kinerja ini dapat memberikan informasi/gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis (RENSTRA) Kementerian Kesehatan dan Rencana Kinerja Kementerian/Lembaga.

Untuk mendukung pencapaian Indikator Kinerja pada Sasaran Program Kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan telah memberikan Dana Dekonsentrasi dan Dana Alokasi Khusus Non Fisik pada 34 Provinsi dan 514 Kabupaten/Kota.

Secara umum pencapaian kinerja pelaksanaan program di lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan dilaporkan berdasarkan pengelompokan indikator dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 18. Indikator Sasaran Strategis (ISS) Kementerian Kesehatan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2023	Capaian	Keterangan
Presentase FKTP Terakreditasi	Persentase FKTP yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	90	68,69	Relaksasi akreditasi s.d. Mei 2024 melalui Kepmenkes No. 1048 Tahun 2023.
Presentase Kepuasan Pasien di Fasyankes Rujukan	Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan.	75	98,35	Dilaksanakan pengambilan data di 34 Provinsi di Indonesia dengan disupervisi oleh perguruan tinggi negeri.

Tabel 19. Indikator Kinerja Program (IKP) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2023	Capaian	Keterangan
Presentase FKTP Terakreditasi	Persentase FKTP yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	90	68,69	Relaksasi akreditasi s.d. Mei 2024 melalui Kepmenkes No. 1048 Tahun 2023.
Presentase Fasyankes Rujukan yang memenuhi standar mutu	Persentase Fasyankes Rujukan yang memenuhi standar mutu pelayanan Kesehatan, meliputi : • Perizinan • Registrasi • Mencapai target INM • Melakukan pelaporan IKP • Akreditasi	75	81,4	Capaian Komposit : RS Terakreditasi = 2.884 RS Labkes Terakreditasi = 406 Labkes UTD Terakreditasi = 0 UTD Total: 3.290 Denominator: RS Terakreditasi = 3.015 RS [tanpa RS D Pratama] Labkes Terakreditasi = 819 Labkes UTD Terakreditasi = 208 UTD Total: 4.042

sumber data : Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan

Tabel 20. Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2023	Capaian	Keterangan
Persentase Puskesmas terakreditasi	Persentase Puskesmas yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	68	88,21	Relaksasi akreditasi s.d. Mei 2024 melalui Kepmenkes No. 1048 Tahun 2023.
Presentase klinik pratama terakreditasi	Persentase Klinik Pratama yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	50	50,99	Relaksasi akreditasi s.d. Mei 2024 melalui Kepmenkes No. 1048 Tahun 2023.
Presentase TPMD yang melakukan pengukuran INM pelayanan kesehatan	Persentase TPMD yang melakukan pengukuran INM pelayanan kesehatan secara lengkap dan berkala.	60	45,5	Telah berjalan dengan percepatan melalui sosialisasi dan pendampingan.

Indikator	Definisi Operasional	Target 2023	Capaian	Keterangan
Presentase RS yang terakreditasi	Persentase RS yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	95	95,6	Relaksasi akreditasi s.d. Mei 2024 melalui Kepmenkes No. 1048 Tahun 2023.
Presentase Laboratorium Kesehatan yang terakreditasi	Persentase Labkes yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	85	49,6	Relaksasi akreditasi s.d. Mei 2024 melalui Kepmenkes No. 1048 Tahun 2023.
Presentase UTD yang terakreditasi	Persentase labkes yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	30	0	Belum mencapai proses penetapan status akreditasi hingga akhir 2023. Relaksasi akreditasi s.d. Mei 2024 melalui Kepmenkes No. 1048 Tahun 2023.
Presentase fasyankes rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan	Persentase fasyankes rujukan (RS, Labkes & UTD) yang mencapai target minimal 80% indikator dari seluruh INM yang wajib diukur di fasyankes tersebut didapat dari laporan yg lengkap dan berkala.	80	79	RS : 2371 Labkes: 677 UTD: 140 Total: 3.188 Denominator: RS Terakreditasi = 3.015 RS [tanpa RS D Pratama] Labkes Terakreditasi = 819 Labkes UTD Terakreditasi = 208 UTD Total: 4.042
Presentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan	Persentase Fasyankes Rujukan (RS, Labkes & UTD) yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan secara lengkap dan berkala.	80	80	RS : 2460 Labkes: 674 UTD: 108 Total: 3.242 Denominator: RS Terakreditasi = 3.015 RS [tanpa RS D Pratama] Labkes Terakreditasi = 819 Labkes UTD Terakreditasi = 208 UTD Total: 4.042

Dukungan manajemen Subbagian Tata Usaha sebagai fasilitator dan pendukung kegiatan pada Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan. Tahun 2023, melalui 5 (lima) kegiatan antara lain adalah:

1) Penyusunan rencana program dan Penyusunan Rencana Anggaran

Kegiatan ini merupakan salah satu penunjang untuk menyusun perencanaan kegiatan dan anggaran Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun 2023. Pada tahun 2023 kegiatan ini dilaksanakan dengan pendekatan hybrid.

2) Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi

a) Evaluasi dan Pembinaan Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Kegiatan ini merupakan salah satu penunjang untuk melakukan evaluasi dan bimbingan terhadap mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia. Pelaksanaan kegiatan evaluasi dan pembinaan mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan dilakukan di 34 provinsi. Selain itu kegiatan di atas digunakan untuk melaksanakan penugasan yang penting dan digunakan untuk pendampingan pimpinan.

b) Sosialisasi Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Fasilitas Kesehatan

Pada tahun 2023 kegiatan ini merupakan pertemuan untuk mensosialisasikan Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Fasilitas Kesehatan Dalam Rangka Sosialisasi Adaptasi Kebiasaan Baru Membangun Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Fasilitas Kesehatan dengan melibatkan peserta daerah yang berasal dari masyarakat umum, LSM, Dinas Kesehatan Kab/kota, Puskesmas, RSUD, Labkesda, Dinas Kesehatan Provinsi. Diharapkan kegiatan ini akan memberikan informasi yang benar kepada masyarakat umum, bahwa keselamatan pasien di Fasilitas Kesehatan adalah tanggung jawab bersama, bukan hanya tanggung jawab tenaga kesehatan saja. Tahun 2022, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan melakukan Sosialisasi Adaptasi Kebiasaan Baru bersama Komisi IX DPR RI di 36 Lokus . Pelaksanaan secara bertahap. Tahap I di 18 Lokus dan Tahap ke II di 17 Lokus. Antara lain yaitu Kota Manado, Jakarta, Nusa Tenggara Timur, Jawa Timur, Kab. Malang, Kab. Banyuwangi, Kab. Simanlungun, Kab. Tanjung Balai, Kota Jambi, Kab. Mamuju, Kab. Sidoarjo, Kab. Kota Salatiga, Kab. Bojonegoro, Kota Depok, Kab. Semarang, Jakarta Barat, Kab. Tegal, Kota Makassar Kab. Minahasa Selatan, Kab. Langkat, Kab. Labuhan Batu Selatan, dst.

3) Pengelolaan Kepegawaian

a) Menghadiri Pertemuan Lintas Sektor dan Lintas Program

Kegiatan ini merupakan kegiatan yang mendukung capaian kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan sebagai advokasi maupun koordinasi dengan berbagai stakeholders, seperti BPJS Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Hukum dan HAM (terkait kegiatan PPHAM sebagai tugas dari Kementerian Kesehatan), asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan, dan organisasi/himpunan profesi.

b) Workshop Kepegawaian

Workshop Kepegawaian di Lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kebijakan Kepegawaian dalam rangka Pelaksanaan Jabatan Fungsional administrator Kesehatan, Analis Kesehatan, Pengelola Keuangan, dan Arsiparis di lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan.

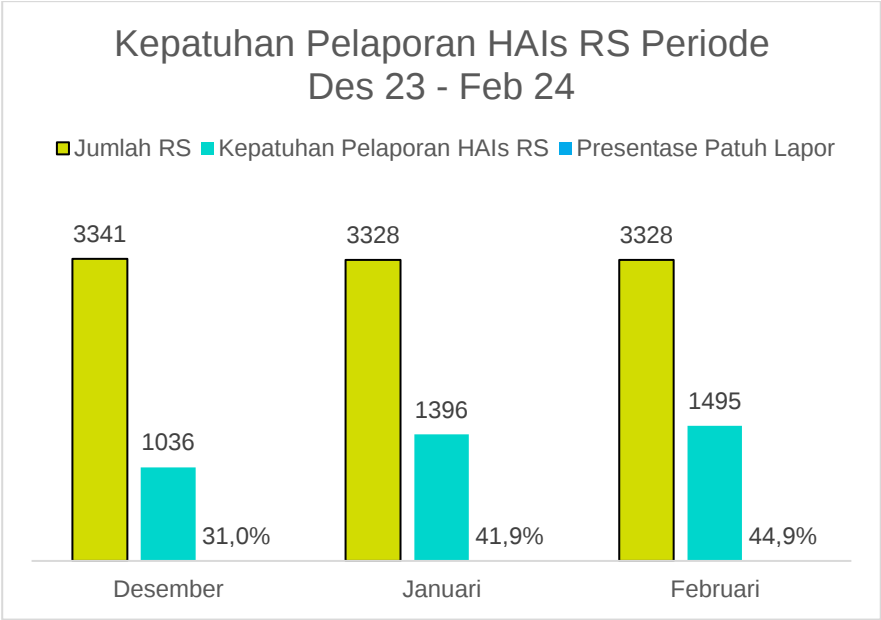
C. INOVASI PENGUKURAN KINERJA : SISTEM PELAPORAN HAIs MELALUI APLIKASI SIMAR

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, fasilitas pelayanan kesehatan harus melaporkan kejadian HAIs (*Healthcare-associated infections*) kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan. Selama ini kepatuhan pelaporan sangat rendah (cenderung tidak melaporkan). Hal ini menyebabkan tidak tersedianya data HAIs di tingkat nasional.

Untuk menjawab permasalahan ini, pada tahun 2023, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan membangun sistem pelaporan HAIs melalui Aplikasi SIMAR (Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit) pada domain mutufasyankes.kemkes.go.id. Melalui sistem pelaporan ini, fasilitas pelayanan kesehatan dapat melaporkan HAIs sekaligus pencapaian INM (Indikator Nasional Mutu) dalam satu aplikasi untuk mempermudah pelaporan. Hasil pelaporan dapat dilihat oleh Kementerian Kesehatan maupun Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota melalui akun masing-masing institusi untuk kepentingan pembinaan dan pengawasan.

Untuk mempersiapkan fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat menggunakan sistem pelaporan ini, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan telah mengedarkan surat pemberitahuan dan petunjuk teknis kepada seluruh Direktur

Rumah Sakit dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota di seluruh Indonesia. Adapun capaian pelaporan HAIs di Rumah Sakit pada bulan Desember 2023 s.d. Februari 2024 ditampilkan sebagai berikut.



Gambar 3.5 Data Kepatuhan HAIs di Rumah Sakit periode Desember 2023 s.d. Februari 2024

BAB IV

PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) disusun sebagai pelaksanaan akuntabilitas kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Ditjen Pelayanan Kesehatan serta sebagai wujud pertanggungjawaban kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan kepada Menteri Kesehatan.

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja dari sasaran strategis, program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan tahun 2023 secara umum berhasil mencapai target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan.

Pencapaian pada tahun 2023 ini diharapkan dapat menjadi parameter agar kegiatan-kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan hal-hal yang menghambat tercapainya target diharapkan dapat ditemukan solusi serta alternatif penyelesaiannya. Nilai Evaluasi Akuntabilitas kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan di tahun 2022 adalah **84,15 Kategori Predikat A**, nilai tersebut hasil kerja *Team Work* Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan atas bimbingan dan arahan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan kepada semua jajaran di lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan.

Dengan Mengucap Puji Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa Penyusunan Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan dapat digunakan sebagaimana mestinya dan dapat menjadi acuan dalam menetapkan kebijakan untuk mencapai target kinerja selanjutnya.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Perjanjian Kinerja TA 2023 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Yankes

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN  PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023 Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini: Nama : dr. Yanti Herman, S.H., M.H.Kes Jabatan : Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan selanjutnya disebut pihak pertama Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami. Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi. Jakarta, 27 Desember 2023 Pihak Kedua,  dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS NIP 197106262000031002 Pihak Pertama  dr. Yanti Herman, S.H., M.H.Kes NIP 197001242002122001	
---	--

Lampiran 2. Perjanjian Kinerja TA 2023 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Yankes

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
	Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas	Persentase Puskesmas terakreditasi	68%
		Persentase klinik pratama terakreditasi	50%
		Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TPMD) yang melakukan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan	60%
2.	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
	Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas	RS yang terakreditasi	95%
		Laboratorium Kesehatan yang terakreditasi	85%
		UTD yang terakreditasi	30%
		Persentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan	80%
		Persentase Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan	80%

Lampiran 3. Perjanjian Kinerja TA 2023 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Yankes

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Program Dukungan Manajemen		
	Meningkatnya Koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	Persentase realisasi Anggaran Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan	95%
		Persentase Realisasi Capaian Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan	93%
		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan	92,5%
		Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan	85

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp 22,483,715,000
2. Program Dukungan Manajemen	Rp 2,724,121,000
Total	Rp 25,207,836,000

Jakarta, 27 Desember 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,

dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP 197106262000031002

dr. Yanti Herman, S.H., M.H.Kes
NIP 197001242002122001

Lampiran 4.1 HASIL EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN TAHUN 2023

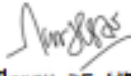
HASIL EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN TAHUN 2022			
No	Komponen/Sub Komponen/Kriteria	Bobot	Nilai Akuntabilitas Kinerja
			2021
1	Perencanaan Kinerja	30,00	23,70
2	Pengukuran Kinerja	30,00	27,60
3	Pelaporan Kinerja	15,00	12,60
4	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal	25,00	20,25
Nilai Akuntabilitas Kinerja			84,15
Kategori Predikat			A

No	Catatan
1	-
2	Upaya Inovasi terkait kualitas perencanaan kinerja belum dilakukan
3	1. Target kinerja yang belum tercapai : a. Persentase Klinik Pratama Terakreditasi b. Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TPMD) yang melakukan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan Kesehatan c. Persentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi d. Persentase UTD yang Terakreditasi e. Persentase fasyankes rujukan yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan f. Persentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan 2. Upaya Inovasi terkait manfaat perencanaan kinerja belum dilakukan
4	-
5	-
6	-
7	-
8	Upaya Inovasi terkait kualitas pelaporan kinerja belum dilakukan
9	Upaya Inovasi terkait manfaat pelaporan kinerja belum dilakukan
10	-
11	Upaya Inovasi kualitas evaluasi akuntabilitas kinerja Internal belum dilakukan
12	Upaya terkait manfaat evaluasi akuntabilitas kinerja Internal belum dilakukan

No	Catatan Lainnya
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

No	Rekomendasi
1	Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan agar: a. Melakukan upaya strategis untuk meningkatkan capaian kinerja b. Melakukan upaya Inovasi terkait : 1) Perencanaan Kinerja 2) Pelaporan Kinerja 3) Evaluasi Kinerja
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Lampiran 4.2 Lembar Kerja Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Direktorat Mutu
Dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Tahun 2023

LEMBAR KERJA EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN TAHUN 2022				
No	Komponen/Sub Komponen/Kriteria	Bobot	Nilai	
1	PERENCANAAN KINERJA	30,00	23,70	79,00%
1.a	Dokumen Perencanaan kinerja telah tersedia	6,00	6	100,00%
1.b	Dokumen Perencanaan kinerja telah memenuhi standar yang baik, yaitu untuk mencapai hasil, dengan ukuran kinerja yang SMART, menggunakan penyalarsan (cascading) disetiap level secara logis, serta memperhatikan kinerja bidang lain (crosscutting)	9,00	7,2	80,00%
1.c	Perencanaan Kinerja telah dimanfaatkan untuk mewujudkan hasil yang berkesinambungan	15,00	10,5	70,00%
2	PENGUKURAN KINERJA	30,00	27,60	92,00%
2.a	Pengukuran Kinerja telah dilakukan	6,00	6	100,00%
2.b	Pengukuran Kinerja telah menjadi kebutuhan dalam mewujudkan Kinerja secara Efektif dan Efisien dan telah dilakukan secara berjenjang dan berkelanjutan	9,00	8,1	90,00%
2.c	Pengukuran Kinerja telah dijadikan dasar dalam pemberian Reward dan Punishment, serta penyesuaian strategi dalam mencapai kinerja yang efektif dan efisien	15,00	13,5	90,00%
3	PELAPORAN KINERJA	15,00	12,60	84,00%
3.a	Terdapat Dokumen Laporan yang menggambarkan Kinerja	3,00	3	100,00%
3.b	Dokumen Laporan Kinerja telah memenuhi Standar menggambarkan Kualitas atas Pencapaian Kinerja, Informasi keberhasilan/kegagalan kinerja serta upaya perbaikan/ penyempurnaannya	4,50	3,6	80,00%
3.c	Pelaporan Kinerja telah memberikan dampak yang besar dalam penyesuaian strategi/kebijakan dalam mencapai kinerja berikutnya	7,50	6	80,00%
4	EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA INTERNAL	25,00	20,25	81,00%
4.a	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal telah dilaksanakan	5,00	5	100,00%
4.b	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal telah dilaksanakan secara berkualitas dengan Sumber Daya yang memadai	7,50	5,25	70,00%
4.c	Implementasi SAKIP telah meningkat karena evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal sehingga memberikan kesan yang nyata (dampak) dalam efektifitas dan efisiensi Kinerja	12,50	10	80,00%
Nilai Akuntabilitas Kinerja / Kategori Predikat			84,15	A
Evaluasi, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kasubag Adum Dit Mutu  dr. Amy Rahmadanti, M.Sc NIP 197908062009122001		Jakarta, April 2022 Tim Inspektorat I, Itjen Kemenkes RI Anggota  Anisha Sullistyoningtyas NIP. 198912302015032002 Ketua,  Nur Hidayat, SC., GRMA NIP. 198003012008012030 Pengendali Teknis,  Pitra Tri Yuli N, SKM., MM.Kes., GRMA NIP 197107211997031006		