

Nomor : PR.01.04/D.VI/0014/2025

03 Januari 2025

Lampiran : 1 berkas

Hal : Penyampaian LAKIP Direktorat Mutu Pelayanan
Kesehatan Tahun 2024

Yth. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Bersama ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun 2024 sebagai bentuk akuntabilitas serta media pertanggung jawaban kinerja anggaran maupun capaian output kegiatan Tahun 2024. Laporan ini disusun dengan mengakomodasi catatan dan masukan pada Evaluasi SAKIP 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

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



**KEMENTERIAN KESEHATAN - RI
TAHUN ANGGARAN 2024**



KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadiran Allah SWT berkat dan rahmat- Nya, Laporan Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun anggaran 2024 dapat tersusun.

Laporan Kinerja ini merupakan media pertanggungjawaban 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 akan datang.

Jakarta, Januari 2025
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 2024 sebesar Rp 27.608.529.852,- (97,67%) dari alokasi Rp28.267.697.000,-. 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

BAB I PENDAHULUAN 4

 A. UMUM..... 4

 B. TUGAS DAN FUNGSI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN 4

 C. TUGAS DAN FUNGSI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN 5

 D. SUMBER DAYA..... 6

 E. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI 6

 F. ISU STRATEGIS YANG DIHADAPI OLEH DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN 9

BAB II PERENCANAAN KINERJA 12

 A. RENCANA AKSI PROGRAM..... 12

 B. PERJANJIAN KINERJA DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN TAHUN 2024 19

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA..... 20

 A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN 20

 B. INDIKATOR DIREKTIF PIMPINAN 62

BAB IV PENUTUP 79

LAMPIRAN..... 80

BAB I

PENDAHULUAN

A. UMUM

Laporan Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran 2024 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 2024 disusun untuk menunjukkan pencapaian kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan dalam mencapai sasaran strategisnya melalui pelaksanaan program dan kegiatan selama Tahun 2024 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 atas:

- a. Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan (Eselon II), membawahi 4 (empat) Ketua Tim Kerja dan 1 (satu) Kepala Subbagian 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 2024 maka dialokasikan anggaran pada DIPA Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan tahun 2024 sebesar Rp 28,267,697,000,- (dua puluh delapan milyar dua ratus enam puluh tujuh juta enam ratus sembilan puluh tujuh 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 3.294.773.000,- (tiga milyar dua ratus sembilan puluh empat juta tujuh ratus tujuh puluh tiga 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 98,13% (10.023/10.212)

Puskesmas yang telah terakreditasi sampai akhir tahun 2024 dengan kategori kelulusan Dasar (1,6%), Madya (8,2%), Utama (26,8%) dan Paripurna (63,4%). Sedangkan untuk klinik pratama terdapat 10.012 klinik pratama yang telah terakreditasi dari total 11.444 klinik pratama teregistrasi atau sebesar 87,49% dengan tingkat kelulusan 8.130 klinik lulus paripurna, 1.506 klinik lulus utama, dan 376 klinik lulus dengan kategori madya. Peningkatan mutu di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, selain Puskesmas dan klinik pratama, maka Kementerian Kesehatan melaksanakan akreditasi pada Tempat Praktik Mandiri Dokter (TPMD) dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (TPMDG), dimana pelaksanaannya melalui pengukuran dan pelaporan Indikator Mutu TPMD atau TPMDG. Saat ini telah terakreditasi 5.919 TPMD/DG dari total 7.701 TPMD/DG.

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 survei akreditasi terbatas hanya 8 bulan.

Selain peningkatan mutu fasilitas kesehatan tingkat pertama, Direktora Mutu pelayanan kesehatan juga memiliki tupoksi untuk penjaminan mutu pelayanan kesehatan rujukan. Jika merujuk pada *Baseline* data Desember 2022, sebanyak 3.075 rumah sakit teregistrasi di Kementerian Kesehatan. Dari 3.075 rumah sakit yang teregistrasi sejak 2022 tersebut, sebanyak 3.075 rumah sakit (100%) sudah terakreditasi dengan rincian status capaian sebagai berikut: akreditasi madya 2,90% (90 RS), utama 11,9% (367 RS), paripurna 85,1% (2.621 RS) dan 0,1% (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 2024 jumlah laboratorium kesehatan yang sudah tersertifikasi akreditasi sebanyak 737 atau (89,99%), sedangkan jumlah UTD yang sudah tersertifikasi akreditasi sebanyak 123 atau (59,13%).

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 prasarananya, 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 pengambilan 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 Akreditasi 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 Pelayanan 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

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target				
			2020	2021	2022	2023	2024
		Persentase UTD yang Terakreditasi			0	30	100
		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 Survey 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 sistem 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 independen akreditasi Rumah Sakit.
 - Penyusunan standar akreditasi Rumah Sakit.
 - Penyusunan pedoman survei akreditasi Rumah Sakit.
 - Penyusunan tarif survei akreditasi Rumah Sakit.
 - Penyusunan kurikulum modul survei 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 survei 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 Lokakarya 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, Prosedur 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, Prosedur 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 2024

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 2024 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 2024 Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran pada Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rp. 28,267,697,000,- (dua puluh delapan milyar dua ratus enam puluh tujuh juta enam ratus Sembilan puluh tujuh 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 berdasarkan Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/1690/2024 tentang Data Pusat Kesehatan Masyarakat Terintegrasi Semester 1 tahun 2024 pada akhir tahun 2024 sebesar 10.212. 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: 10.212) dikali 100%.

$$\frac{\text{Jumlah Puskesmas yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Seluruh Puskesmas (Sesuai Baseline = 10.212)}} \times 100\%$$

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

Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023)

- vi. Melakukan percepatan survei akreditasi puskesmas dengan kondisi khusus sesuai dengan Kepmenkes Nomor HK.02.01/Menkes/389/2024 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Pada Puskesmas dengan Kondisi Khusus oleh Kementerian Kesehatan, dimana kondisi khusus ini meliputi Puskesmas yang terletak pada : daerah dengan kondisi keamanan yang tidak stabil, di wilayah pulau kecil atau gugus pulau dengan jarak tempuh ke ibu kota kabupaten lebih dari 6 (enam) jam, dan/atau rawan bencana, Puskesmas yang sulit dijangkau karena keterbatasan aksesibilitas, yaitu: transportasi darat/air/udara dari dan ke ibu kota kabupaten terbatas, jarak tempuh pulang atau pergi dari ibu kota kabupaten ke puskesmas lebih dari 6 (enam) jam, transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim dan cuaca tidak terdapat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan Puskesmas terkendala sarana komunikasi dan jaringan internet
- 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	98,13**	98,13

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

**) Terdapat perubahan denominator dari 10.374 Puskesmas (2022) menjadi 10.212 (2024)

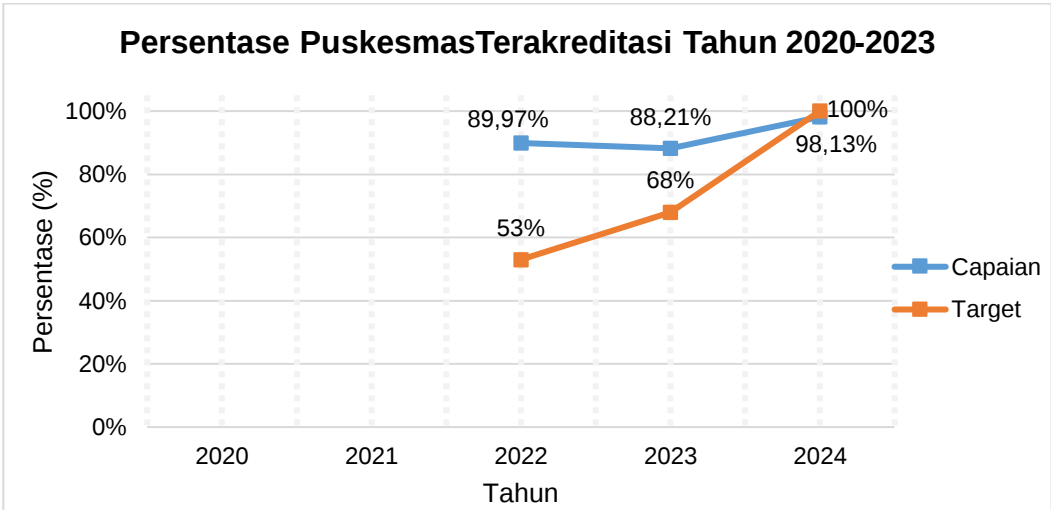
Berdasarkan data di atas, pada tahun 2024 terlihat bahwa indikator persentase Puskesmas terakreditasi tercapai sebesar 98,13% dibandingkan target sebesar 100%.

Target akreditasi Puskesmas ini tidak tercapai untuk target di tahun 2024, dikarenakan terdapat puskesmas di daerah dengan kondisi yang tidak aman, rawan bencana, akses sulit, keterbatasan sarana transportasi, dan keterbatasan sarana komunikasi dan jaringan internet sehingga tidak mungkin untuk dilakukan akreditasi seperti daerah lainnya. Jumlahnya mencapai 291 terletak di 13 provinsi. Untuk itu dilakukan akreditasi oleh Kementerian Kesehatan dengan cara khusus dan saat ini terdapat sebanyak 79 Puskesmas di lokasi khusus sudah diakreditasi.

f. Analisis Capaian

Data dalam tabel di atas menunjukkan bahwa indikator Persentase Puskesmas Terakreditasi tidak mencapai target pada tahun 2024 yaitu-100%

atau sebanyak 10.212 Puskesmas. Pencapaian target akreditasi Puskesmas adalah 98,13% atau sebanyak 10.014 Puskesmas.



Grafik 1. Persentase Puskesmas Terakreditasi Tahun 2020-2024

Analisis Capaian Kinerja Tahun 2024 Dibandingkan 2023

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

Judul Indikator	2022		2023		2024	
	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
Persentase Puskesmas Terakreditasi	53	89.97	68	88.21	100	98.13

Capaian kinerja indikator Puskesmas terakreditasi tahun 2024 dibandingkan dengan tahun 2023 menunjukkan adanya kenaikan, walau masih di bawah target. Hal ini dikarenakan selain adanya penurunan jumlah puskesmas dari semula 10.374 Puskesmas (Baseline Desember 2022). menjadi 10.212 (Jumlah Puskesmas Semester 1 tahun 2024) juga dikarenakan adanya puskesmas di dengan kondisi khusus sejumlah 291 di 13 provinsi.

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

Target pada Indikator Kinerja Puskesmas Terakreditasi pada tahun 2024 yaitu 100% atau sebanyak 10.212 Puskesmas. Pencapaian target akreditasi Puskesmas adalah 98,13% atau sebanyak 10.023 Puskesmas. Capaian Puskesmas yang terakreditasi menggunakan jumlah Puskesmas sesuai dengan data puskesmas semester 1 tahun 2024 yaitu 10.212.

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

Judul Indikator	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
Persentase Puskesmas Terakreditasi					53	89.97	68	88.21	100	98.13

Pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa pencapaian pada tahun 2022 maupun tahun 2023 telah memenuhi target kinerja kegiatan yang ditetapkan, namun di tahun 2024 walaupun naik capaiannya namun tidak dapat melampaui target.

g. Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain puskesmas berada di

- a. daerah yang tidak aman
- b. Rawan bencana
- c. Akses sulit
- d. Keterbatasan sarana transportasi
- e. Keterbatasan sarana komunikasi dan jaringan internet

h. Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) 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.
- b) 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 melalui Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveiyor melalui Uji Kompetensi.
- 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**

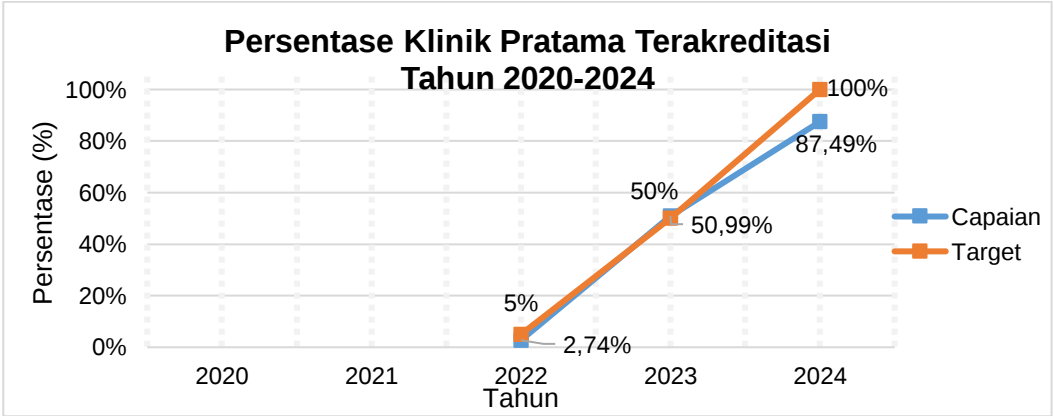
Tabel 7. Persentase Klinik Pratama Terakreditasi
(Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Tahun	Target	Capaian	% Capaian Terhadap Target
	%	%	%
2020	-	-	-
2021	-	-	-
2022	5	2.74	54,80
2023	50	50.99	101,98
2024	100	87,49	87,49

Berdasarkan data di atas diketahui indikator persentase klinik pratama terakreditasi belum tercapai, dilihat dari capaian sebesar 87.49% dibandingkan dengan target sebesar 100%.

f. **Analisis Capaian**

Data dalam tabel di atas menunjukkan bahwa indikator Persentase Klinik Pratama Terakreditasi belum mencapai target pada tahun 2024 yaitu 100% atau sebanyak 11.444 Klinik Pratama. Pencapaian target akreditasi Klinik Pratama adalah 87,49% atau sebanyak 10.012 Klinik Pratama.



Grafik 2. Persentase Klinik Pratama Terakreditasi Tahun 2020-2024

Berdasarkan capaian di atas, indikator Persentase Klinik Pratama Terakreditasi belum tercapai untuk tahun 2024, tentunya setelah berbagai upaya peningkatan mutu dan akreditasi untuk Klinik dilakukan.

Analisis Capaian Kinerja Tahun 2024 Dibandingkan 2023

Tabel 8. Capaian Indikator Kinerja Kegiatan: Persentase Klinik Pratama Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2023-2024)

Judul Indikator	2023		2024	
	Target	Capaian	Target	Capaian
Persentase Klinik Pratama Terakreditasi	50	50.99	100	87.49

Terdapat perbedaan target capaian antara tahun 2023 dan 2024 yaitu 50 di tahun 2023 dan 100 di tahun 2024. Pada tahun 2023 target tercapai, namun pada tahun 2024 target tidak tercapai karena adanya peningkatan target yang signifikan di tahun 2024. Pada tahun 2024 capaian klinik pratama terakreditasi sebesar 87.49% (tidak mencapai target). Hal ini disebabkan karena sebagian besar klinik yang bekerja sama dengan BPJS sudah terakreditasi di tahun 2023, sedangkan pada tahun 2024 klinik pratama yang terakreditasi sebagian besar adalah klinik non BPJS.

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

Memasuki akhir tahun 2024, status kelulusan akreditasi Klinik Pratama berdasarkan tingkat kelulusannya adalah 8.130 klinik lulus paripurna, 1.506 klinik lulus utama, dan 376 klinik lulus dengan kategori madya.

g. Permasalahan

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

- a) Pelaksanaan Registrasi klinik belum optimal sehingga masih ada klinik yang terkendala dengan nomor registrasi tidak memiliki nomor register (kode fasyankes), sehingga kesulitan dalam mendaftar survey melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi FKTP.
- b) Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan tidak ada

konsekuensi lain/*punishment* bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.

- c) Bagi klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah, tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- d) Bagi klinik swasta, komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk pemenuhan standar akreditasi masih rendah.
- e) Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait Akreditasi Klinik Pratama di daerah tersebut.
- f) Sebagian besar Klinik Pratama masih mengalami kendala proses dalam sistem informasi (INM, IKP, SISDMK, ASPAK, DFO).
- g) Pemenuhan sarana prasarana sebagai syarat akreditasi dirasakan cukup berat oleh klinik swasta

h. Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Koordinasi dengan lintas program di Kementerian Kesehatan yang bertanggung jawab dalam registrasi fasilitas pelayanan kesehatan.
- b) Koordinasi lintas program bersama DTO dan Pusdatin untuk pengembangan aplikasi berdasarkan umpan balik keluhan dari klinik.
- c) 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 klinik.
- d) Pelaksanaan Bimbingan Teknis, Workshop dan Sosialisasi Standar Akreditasi Klinik oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas kesehatan. Terkait infrastruktur, advokasi kepada Pemerintah Daerah yang bertanggung jawab pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Klinik tersebut.

e) Koordinasi dengan lintas sektor dan Kementerian/Lembaga lainnya dalam penyelenggaraan akreditasi untuk klinik milik Kementerian/Lembaga lainnya.

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	75,26	75,26

Berdasarkan data di atas terlihat bahwa indikator TPMD melakukan pengukuran INM belum tercapai yaitu sebesar 75,26% dibandingkan dengan target capaian sebesar 100%.

f. Analisis Capaian

Data dalam tabel di atas menunjukkan bahwa indikator Pelaporan INM TPMD/TPMDG belum mencapai target pada tahun 2024 yaitu 100% atau

sebanyak 7.701 TPMD/TPMDG. Pencapaian target Pelaporan INM TPMD/TPMDG adalah 75,26% atau sebanyak 5.796 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).
 - iv. Penetapan Revisi Standar Akreditasi Rumah Sakit (Kepmenkes Nomor: HK.01.07/MENKES/1596/2024)
 - v. Penetapan Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit (Kepdirjen Yankes Nomor HK.02.02/D/43961/2024).
 - vi. Penetapan Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, serta Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Lain (Kepdirjen Yankes Nomor HK.02.02/D/39212/2024).
- 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 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.
 - d. Pemantauan dan Evaluasi Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit pada pra akreditasi.
- 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.
 - c. Pemantauan dan Evaluasi Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit terkait Evaluasi pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
 - d. Penyampaian Evaluasi dan umpan balik terhadap Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Rumah Sakit setiap triwulan.
- 6) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit terintegrasi terkait Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit, Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Rumah Sakit dan Pelaporan HAI
- 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

Jumlah Rumah Sakit	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)	Target Pertahun
3075	2020	80%		1028
	2021	85%		851
	2022	90%	2532 (Baseline 2018)	
	2023	95%	2713	
	2024	100%	3075	

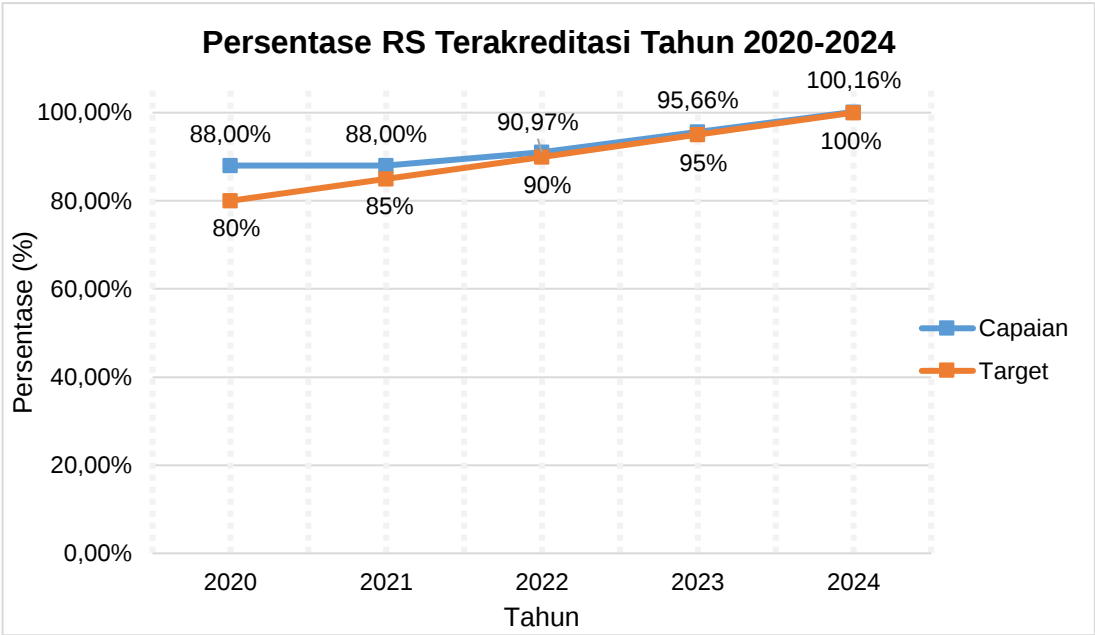
Tabel 8. Persentase RS Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2020-2024) dengan Baseline Desember 2022

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
2024	100%	3075	100%	3080	100,16

Capaian rumah sakit terakreditasi pada tahun 2024 adalah sebesar 3080 atau 100,16% dari jumlah rumah sakit yang sudah teregistrasi di Kementerian Kesehatan dengan perhitungan menggunakan denominator pada Desember 2022 yaitu sebanyak 3.075 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 2024 adalah sebagai berikut.



Grafik 3. Persentase Capaian RS Terakreditasi Tahun 2020-2024

i) Analisis terhadap target tahun 2024

Pencapaian target indikator persentase rumah sakit terakreditasi pada tahun 2024 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 100,16% (3.080 dari 3.075 RS), sementara target pada tahun 2024 adalah 100% (3.075 dari 3.075 RS). Dibandingkan dengan tahun sebelumnya, pencapaian tahun ini meningkat dari 95,66% menjadi 100,16%. Capaian ini telah menunjukkan bahwa seluruh Rumah Sakit yang teregistrasi sejak 2022 telah terakreditasi, dan terdapat 5 RS yang telah terakreditasi meskipun registrasi setelah tahun 2022.

g. Permasalahan

Terdapat hasil akreditasi RS dengan status/jenjang kelulusan yang kurang sesuai/layak untuk mendapatkan status/jenjang kelulusan tersebut.

h. Usulan Pemecahan Masalah

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.

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

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 – 2024

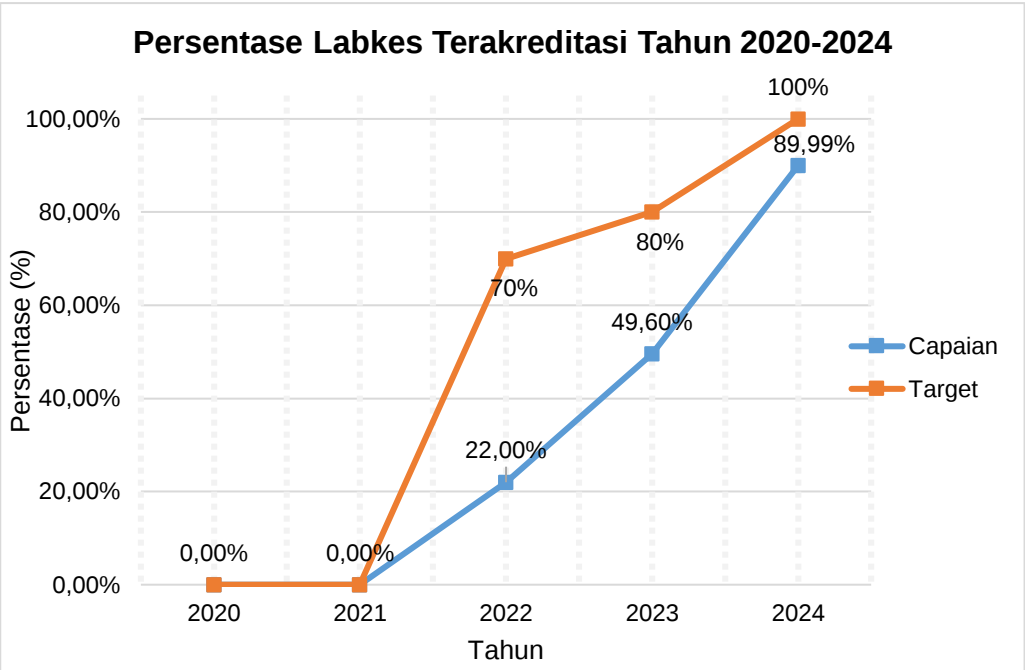
Tahun	Target		Capaian		% Capaian terhadap Target
	%	Jumlah	%	Jumlah	%
2020		151		139	-
2021		228		241	-
2022	70%	1041 (baseline 2018)	22%	327	31,42
2023	80%	655 (baseline Des 2022)	49,6%	406	61,98
2024	100%	737 (baseline Des 2022)	89,99%	737	89,99

Dari tabel di atas, sejak tahun 2022 (setelah terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Revisi Renstra Kementerian Kesehatan) hingga akhir tahun 2024, capaian target Laboratorium Kesehatan Terakreditasi belum mencapai target. Target capaian tahun 2024 adalah 100% atau sejumlah 819 Laboratorium Kesehatan terakreditasi, namun realisasi capaiannya adalah 89,99% atau 737 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 2024 Dibandingkan Tahun 2023**
- Pencapaian target indikator persentase laboratorium Kesehatan terakreditasi pada tahun 2023 maupun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024.
- c) **Analisis Keberhasilan Kinerja 2024 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 2024 adalah sebagai berikut :

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

Indikator	Definisi Operasional	Target 2024	Capaian	Kesenjangan
Persentase Laboratorium Kesehatan yang terakreditasi	Persentase Laboratorium Kesehatan yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan	100	89,99	10,01

Dari tabel analisis Keberhasilan Kinerja 2024 dengan target Jangka Menengah Renstra 2020 – 2024 terdapat kesenjangan capaian sebesar 10,1%.

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

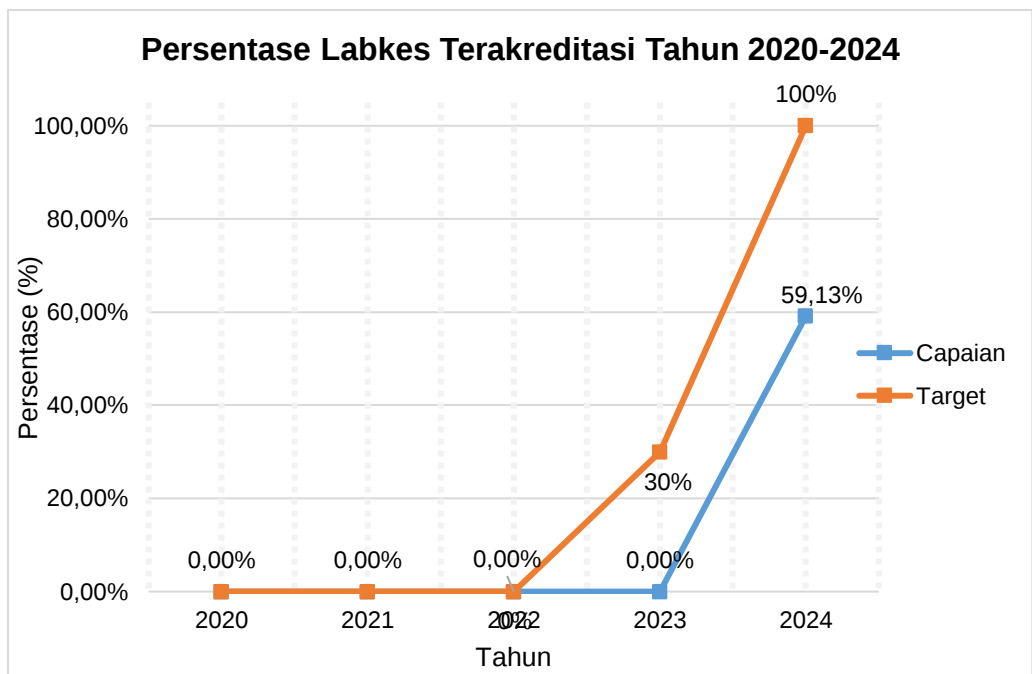
Jumlah UTD	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)	Capaian (Jumlah)	Persentase Capaian (%)
208	2020	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-
	2022	0	0	0	0
	2023	30%	68	0	0
	2024	100%	208	123	59,13%

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. Kemudian, pada tahun 2024 berhasil dicapai sejumlah 123 UTD terakreditasi.

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.



Grafik 3. Persentase Capaian Labkes Terakreditasi Tahun 2020-2024

b) Analisis Capaian Kinerja Tahun 2024 Dibandingkan Tahun 2023

Pencapaian target indikator persentase UTD terakreditasi pada tahun 2023 maupun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024.

c) Analisis Keberhasilan Kinerja 2024 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 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 13. Analisis Keberhasilan Kinerja 2024 Dengan Target Jangka Menengah Renstra 2020 – 2024

Indikator	Definisi Operasional	Target 2024	Capaian	Kesenjangan
Persentase UTD yang terakreditasi	Persentase UTD yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan	100	59,13	40,87

Dari tabel analisis Keberhasilan Kinerja 2024 dengan target Jangka Menengah Renstra 2020 – 2024 terdapat kesenjangan capaian sebesar 40,87%.

g. Permasalahan

- a) Diperlukan pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) untuk penyelenggaraan akreditasi dan UTD mulai dari pendaftaran hingga penerbitan e-sertifikat.
- b) Terdapat UTD yang belum teregistrasi ataupun tergabung sebagai bagian dari RS.
- c) Standar akreditasi UTD ditetapkan pada April 2023, akreditasi bagi UTD dilakukan pertama kali pada tahun 2023.

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 diumpanbalikkan 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) dan pada rumah sakit yang dinilai kurang patuh terhadap pelaporan 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 tersampaiannya 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 tersampaiannya 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 – 2024 menggunakan Baseline Desember 2022

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)
RS (3075)	2020	-	-

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target (%)	Target (Jumlah)
	2021	-	-
	2022	60%	1845
	2023	80%	2460
	2024	100%	3075
LAB (819)	2020	-	-
	2021	-	-
	2022	60%	491
	2023	80%	655
	2024	100%	819
UTD (208)	2020	-	-
	2021	-	-
	2022	60%	125
	2023	80%	166
	2024	100%	208
Total (4102)	2020	-	-
	2021	-	-
	2022	60%	2461
	2023	80%	3282
	2024	100%	4102

Berdasarkan tabel di atas untuk target capaian persentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan dimulai pada tahun 2022 – 2024 merujuk pada perubahan Renstra.

Tabel 14. Capaian Target Pesentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan Tahun 2020 - 2024

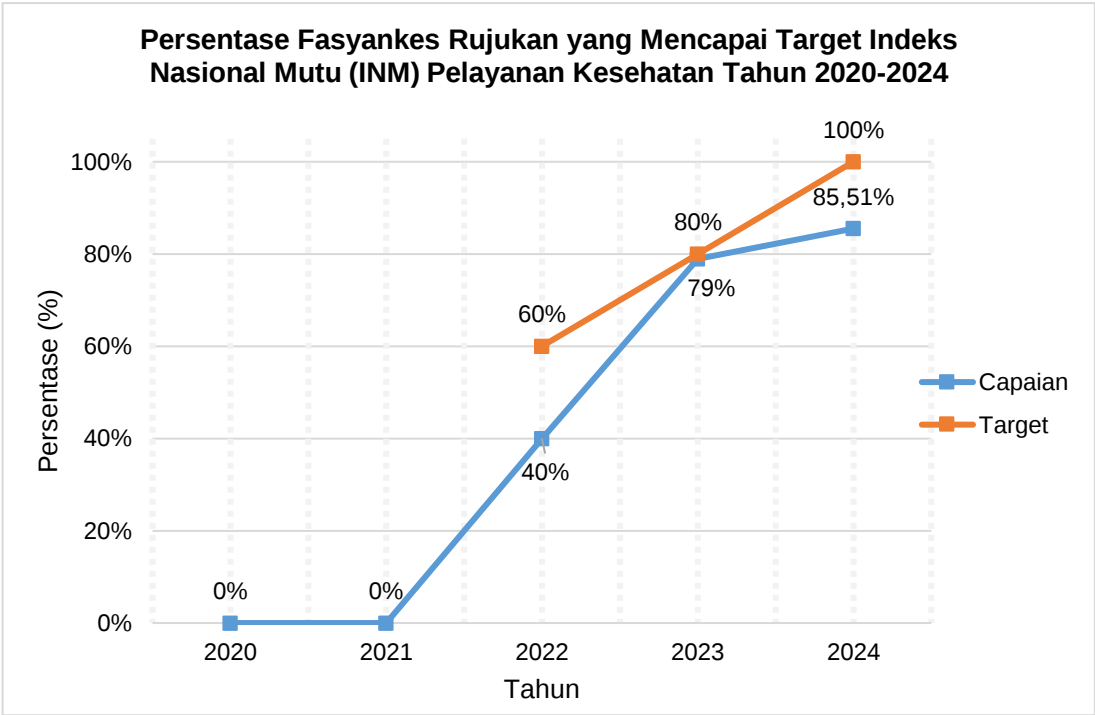
Fasyankes Rujukan	Tahun	Target		Capaian		%Capaian terhadap Target
		%	Jumlah	%	Jumlah	
RS (3075)	2020	-	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-	-
	2022	60%	1845	27%	826	45,66
	2023	80%	2460	78,6%	2371	98,30
	2024	100%	3075	89,76%	2760	89,76
LAB (819)	2020	-	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-	-
	2022	60%	491	83%	677	137,88

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target		Capaian		%Capaian terhadap Target
		%	Jumlah	%	Jumlah	%
	2023	80%	655	83%	677	103,39
	2024	100%	819	74%	605	74
UTD (208)	2020	-	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-	-
	2022	60%	125	61%	127	101,60
	2023	80%	166	67%	140	84,34
	2024	100%	208	69%	143	69
Total (4102)	2020	-	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-	-
	2022	60%	2461	40%	1630	67,22
	2023	80%	3281	79%	3188	98,61
	2024	100%	4102	85,51%	3508	85,51

Dari tabel di atas capaian Persentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan dari target 100% atau 4102 fasyankes rujukan hanya mencapai target 85,51% atau 3508 fasyankes rujukan pada tahun 2024.

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 Praktik 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 2020-2024

i) Analisis terhadap target tahun 2024

Pencapaian target indikator persentase fasyankes rujukan yang mencapai target Indeks Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan pada tahun 2024 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 dan 2024, terjadi peningkatan signifikan kepatuhan pelaporan INM di fasyankes rujukan, namun belum dapat mencapai target yang ditentukan untuk tahun 2024 sebagai akhir Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024.

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 tersampainya 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 tersampainya kebijakan terkait mutu pelayanan kesehatan UTD.
- 7) Peningkatan kapasitas dinas abletan 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 (3075)	2020	-	-
	2021	-	-
	2022	60%	1845
	2023	80%	2460
	2024	100%	3075
LAB (819)	2020	-	-
	2021	-	-
	2022	60%	491
	2023	80%	655
	2024	100%	819
UTD (208)	2020	-	-
	2021	-	-
	2022	60%	125
	2023	80%	166
	2024	100%	208
Total (4102)	2020	-	-
	2021	-	-
	2022	60%	2461
	2023	80%	3282
	2024	100%	4102

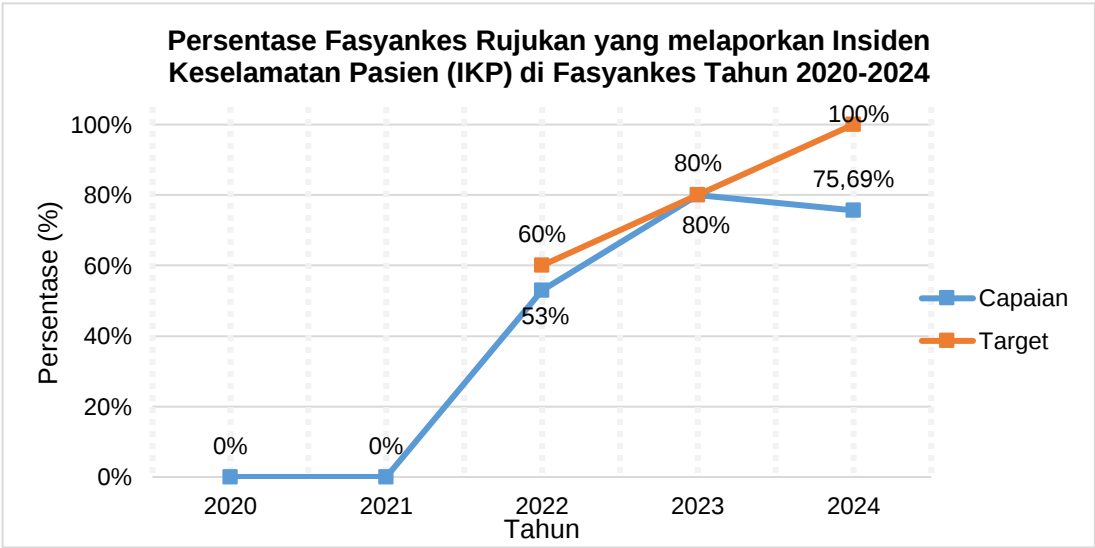
Berdasarkan tabel di atas untuk target capaian persentase Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan dimulai pada tahun 2022 – 2024 merujuk pada perubahan Renstra

Tabel 16. Capaian Target **Pesentase** Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan
Tahun 2020 – 2024

Fasyankes Rujukan	Tahun	Target		Capaian		%Capaian terhadap Target
		%	Jumlah	%	Jumlah	%
RS (3075)	2020	-	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-	-
	2022	60%	1845	46%	1378	76,17
	2023	80%	2460	81,6%	2460	101,99
	2024	100%	3075	77,46%	2382	77,46
LAB (819)	2020	-	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-	-
	2022	60%	491	82%	674	137,27
	2023	80%	655	82%	674	102,90
	2024	100%	819	71,43%	585	71,43
UTD (208)	2020	-	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-	-
	2022	60%	125	36%	75	60,00
	2023	80%	166	52%	108	65,06
	2024	100%	208	66,35%	138	66,35
Total (4102)	2020	-	-	-	-	-
	2021	-	-	-	-	-
	2022	60%	2461	52,6%	2127	87,71
	2023	80%	3281	80,2%	3242	100,28
	2024	100%	4102	75,69%	3105	75,69

Dari table di atas capaian Persentase **Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan** dari target 100% atau 4102 fasyankes rujukan telah mencapai 75,69% atau 3105 fasyankes rujukan pada tahun 2024.

f. Analisis Capaian



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

i) Analisis terhadap target tahun 2023

Pencapaian target indikator persentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Angka ini menunjukkan penurunan dibandingkan tahun 2023, karena terjadinya penurunan kepatuhan pelaporan fasyankes rujukan untuk mengisi instrumen 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. INDIKATOR DIREKTIF PIMPINAN

1. Realisasi Anggaran

Realisasi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran 2024 sampai dengan 31 Desember 2024 Rp 27.608.529.852,- (97,67%) dari alokasi Rp28.267.697.000,-, sudah dengan penambahan realisasi penerimaan hibah. Dalam menunjang pelaksanaan percepatan prioritas program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan guna mendukung upaya pencapaian sasaran strategis, dialokasikan anggaran pada DIPA Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan tahun 2024 sebesar Rp 24.972.924.000,- (dua puluh empat milyar sembilan ratus tujuh puluh dua juta sembilan ratus dua puluh empat ribu rupiah), dan penambahan penerimaan dana hibah WHO dan UNICEF dalam bentuk uang sebesar Rp 3.294.773.000,- (tiga milyar dua ratus sembilan puluh empat juta tujuh ratus tujuh puluh tiga ribu rupiah) menjadi sebesar Rp 28,267,697,000,- (dua puluh delapan milyar dua ratus enam puluh tujuh juta enam ratus sembilan puluh tujuh ribu rupiah).

Tabel 17. Realisasi Anggaran Dit. Mutu Pelayanan Kesehatan TA 2024
Per 31 Desember 2024

Kegiatan	Pagu TA 2024	Realisasi + Hibah	%	Sisa Dana
MPKR	4.530.123.000	4.422.833.853	97,63%	107.289.147
MPKK	3.048.701.000	3.007.561.631	98,65%	41.139.369
MPKP	4.590.305.000	4.412.206.122	96,12%	178.098.878
MPKL	3.186.645.000	3.077.828.657	96,59%	108.816.343
ADUM	9.617.150.000	9.393.543.199	97,67%	223.606.801
Hibah	3.294.773.000	3.294.556.390	99,99%	216.610
Dit MPK	28.267.697.000	27.608.529.852	97,67%	659.167.148

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.

2. Capaian Kinerja

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 2024.

- 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.

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 2024	Capaian	Keterangan
Presentase FKTP Terakreditasi	Persentase FKTP yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	100	92,51	Pencapaian hingga akhir Desember 2024 yang terdiri atas Puskesmas dan Klinik Pratama Terakreditasi.
Presentase Kepuasan Pasien di Fasyankes Rujukan	Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan.	90	98,37	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 2024	Capaian	Keterangan
Presentase FKTP Terakreditasi	Persentase FKTP yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	100	92,51	Pencapaian hingga akhir Desember 2024 yang terdiri atas Puskesmas dan Klinik Pratama Terakreditasi.
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	90	95,63	Capaian Komposit : RS Terakreditasi = 3.080 RS Labkes Terakreditasi = 737 Labkes UTD Terakreditasi = 123 UTD Total: 3.940 Denominator: RS Terakreditasi = 3.075 RS Labkes Terakreditasi = 819 Labkes UTD Terakreditasi = 228 UTD Total: 4.120

sumber data : Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan

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

Indikator	Definisi Operasional	Target 2024	Capaian	Keterangan
Persentase Puskesmas terakreditasi	Persentase Puskesmas yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	100	98,13	Telah mendapat percepatan melalui akreditasi yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan.
Presentase klinik pratama terakreditasi	Persentase Klinik Pratama yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	100	87,49	Terdapat Klinik Pratama yang tidak melaksanakan akreditasi karena tidak ingin bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
Presentase TPMD yang melakukan pengukuran INM pelayanan kesehatan	Persentase TPMD yang melakukan pengukuran INM pelayanan kesehatan secara lengkap dan berkala.	100	75,26	Telah berjalan dengan percepatan melalui sosialisasi dan pendampingan.

Indikator	Definisi Operasional	Target 2024	Capaian	Keterangan
Presentase RS yang terakreditasi	Persentase RS yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	100	100	Capaian telah tercapai.
Presentase Laboratorium Kesehatan yang terakreditasi	Persentase Labkes yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	100	89,99	Telah berjalan dengan percepatan melalui sosialisasi dan pendampingan.
Presentase UTD yang terakreditasi	Persentase labkes yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku pada tahun berjalan.	100	59,13	Telah berjalan dengan percepatan melalui sosialisasi dan pendampingan.
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.	100	85,51	RS : 2760 Labkes: 605 UTD: 143 Total: 3.508 Denominator: RS Terakreditasi = 3.075 RS Labkes Terakreditasi = 819 Labkes UTD Terakreditasi = 208 UTD Total: 4.102
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.	100	75,69	RS: 2382 Labkes: 585 UTD: 138 Total: 3.105 Denominator: RS Terakreditasi = 3.075 RS Labkes Terakreditasi = 819 Labkes UTD Terakreditasi = 208 UTD Total: 4.102

Dukungan manajemen Subbagian Tata Usaha sebagai fasilitator dan pendukung kegiatan pada Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan. Tahun 2024, 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 2024. Pada tahun 2024 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 2024 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 2024, 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.

3. Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan (TL LHP)

Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan tahun 2024 Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan dengan nomor LHP PS.01.03/VI.2/2294/2018 . Terdapat empat temuan dengan nilai temuan Rp 0,- sudah dinyatakan selesai. Dokumen pendukung yang sudah diserahkan ke Inspektorat Jenderal berupa Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 tentang Lembaga Penyelenggaraan Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter , dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Dengan demikian, capaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan 2024 tercapai 100%.

4. Mutasi Pegawai

Mutasi pegawai adalah proses pemindahan atau perpindahan seorang pegawai dari satu posisi, jabatan, atau lokasi kerja ke posisi, jabatan, atau lokasi kerja lainnya dalam suatu organisasi atau instansi. Mutasi dapat dilakukan atas dasar kebutuhan organisasi, pengembangan karier pegawai, atau alasan tertentu seperti efisiensi kerja, penyesuaian kemampuan pegawai, ataupun kondisi pribadi pegawai.

Jenis-jenis Mutasi Pegawai

1. Mutasi Horizontal

Pemindahan pegawai pada posisi atau jabatan yang setara dalam tingkat tanggung jawab dan gaji, tetapi di lokasi atau bidang kerja yang berbeda.

2. Mutasi Vertikal

Pemindahan pegawai yang melibatkan perubahan tingkatan jabatan, yang bisa berupa promosi (kenaikan jabatan) atau demosi (penurunan jabatan).

3. Mutasi Antar wilayah

Perpindahan pegawai dari satu wilayah kerja ke wilayah kerja lain, biasanya dalam instansi yang memiliki cabang di berbagai lokasi.

4. Mutasi Fungsional

Pemindahan pegawai ke posisi yang lebih sesuai dengan keahlian atau kompetensinya.

Tujuan Mutasi Pegawai

1. Kebutuhan organisasi: Untuk memenuhi kebutuhan struktur organisasi yang dinamis.
2. Pengembangan pegawai: Memberikan pengalaman atau tantangan baru bagi pegawai.
3. Peningkatan efisiensi: Menempatkan pegawai pada posisi yang lebih sesuai dengan kemampuan dan minatnya.
4. Penyegaran suasana kerja: Mencegah kejenuhan atau konflik di tempat kerja.
5. Kepentingan pribadi: Menyesuaikan dengan kondisi keluarga, kesehatan, atau lainnya.

Dampak Mutasi Pegawai

1. Positif:
 - (a) Meningkatkan motivasi kerja.
 - (b) Memberikan peluang pengembangan karier.
 - (c) Mengoptimalkan potensi pegawai.
2. Negatif:
 - (a) Adaptasi yang sulit di tempat baru.
 - (b) Penurunan produktivitas sementara waktu.
 - (c) Ketidakpuasan jika mutasi tidak sesuai dengan keinginan pegawai.

Mutasi biasanya diatur dalam kebijakan internal organisasi dan harus dilakukan dengan transparansi serta memperhatikan kesejahteraan pegawai. di dalam Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Terjadi Mutasi sementara antar wilayah Eselon I terdiri 5 Orang dari Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Ke Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan, dan ada nya perpindahan dari Sekretariat Direktorat Pelayanan Kesehatan di tingkat Eselon II sebanyak 5 Orang sesuai persyaratan yang berlaku, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan telah memenuhi Target Mutasi sebanyak 10% di Kementerian Kesehatan.

5. Pelatihan Pegawai

Pelatihan Pegawai merupakan salah satu pilar penting dalam upaya meningkatkan Kualitas Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan mendapat

tugas untuk meningkat Kompetensi Pegawai, Adaptasi Terhadap perubahan, Memotifasi, Pelatihan dapat membantu memastikan bahwa semua pegawai Kemenkes memiliki pemahaman yang sama tentang standar pelayanan kesehatan, sehingga kualitas pelayanan menjadi lebih konsisten.

Pelatihan pegawai Kemenkes dapat mencakup berbagai bidang, antara lain Pelatihan Teknis, Manajemen, Soft skills, Pengembangan diri. Jumlah pegawai yang telah mengikuti pelatihan disertakan, beserta persentase jumlah pelatihan yang telah dilakukan dari total yang harus dilakukan. Data ini mencakup berbagai profesi seperti dokter, perawat, dan tenaga administrasi. Misalnya, pegawai seperti Nugroho Joko Mulyanto, SKM, M.Biomed dan dr. Arief Wahyu Praptiwi, MKM telah melakukan pelatihan dengan persentase melebihi 100%, sementara pegawai lain seperti Ira Irianti baru melakukan pelatihan sebesar 10%. Data ini mencakup pegawai dari berbagai tingkat keahlian dan profesi yang berbeda, serta menggambarkan tingkat partisipasi mereka dalam pelatihan. Data ini diperbaharui sesuai dengan waktu yang disebutkan pada laporan, untuk melacak kemajuan pelatihan pegawai di berbagai bagian. Semua pegawai yang terdaftar dalam laporan ini memiliki informasi tentang jumlah pelatihan yang telah mereka ikuti, serta tingkat partisipasi yang telah mereka raih dari total pelatihan yang diperlukan.

Daftar berikut ini berisi informasi tentang sejumlah pegawai yang telah melakukan pelatihan di bidang kesehatan.

1. Yang Telah Memenuhi Pelatihan 20 JPL Dalam Triwulan I-IV sebanyak 51 Orang
2. Yang Telah Sebagian telah Melakukan Beberapa Pelatihan Beberapa Pelatihan JPL Dalam Triwulan I-IV sebanyak 2 Orang
3. Yang Belum Melakukan Pelatihan Beberapa Pelatihan JPL Dalam Triwulan I-IV 8 Orang
4. Total Persentase Yang Telah Melakukan Pelatihan di MPKP sebanyak 87%

Kendala:

1. Kepatuhan pelaporan pelatihan yang sudah dilakukan, sering terlambat
2. Pengarsipan dokumen sertifikat yang kurang baik
3. Belum terpenuhinya dokumen kepegawaian untuk pegawai yang mutasi masuk ke Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan pada TW IV 2024

Strategi:

Untuk mempermudah pelaporan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan menggunakan google form sebagai alat bantu dokumentasi pengarsipan sertifikat dan akumulasi jumlah JPL pelatihan

Keterangan	Jumlah Orang	Persentase (%)
Telah Memenuhi Pelatihan 20 JPL (Triwulan I-IV)	51	83.61%
Sebagian Melakukan Beberapa Pelatihan JPL	2	3.28%
Belum Melakukan Beberapa Pelatihan JPL	8	13.11%
Total Persentase yang Telah Melakukan Pelatihan	-	87%

6. Hibah

a. World Health Organization

WHO memberikan dukungan untuk kegiatan penguatan sistem kesehatan dan pengendalian resistensi antimikroba berupa hibah langsung/ uang untuk periode *Biennium* 2024 - 2025 dengan grant agreement senilai Rp. 7.883.605.000 dan nilai nominal kontrak *Direct Financial Cooperation* yang sedang berjalan di tahun 2024 ini sebesar Rp 2.597.547.000 dengan nomor registrasi hibah 2Z9JA8RA.

Adapun rincian kegiatan yang sudah dilakukan di tahun 2024 adalah sebagai berikut:

- 1) Pelatihan PPI Dasar untuk tenaga kesehatan di Klinik Pratama dan Utama dalam rangka pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Klinik
- 2) Dukungan Implementasi Rencana Aksi Nasional Pengendalian Resistansi Antimikroba (RAN PRA)
- 3) Dukungan Kampanye WAAW
- 4) Workshop Penatagunaan Antimikroba dan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes
- 5) Peningkatan Kesadaran Stake Holder tentang keselamatan pasien melalui World Patient Safety Day 2024
- 6) Implementasi Pelaporan PPI di Rumah Sakit
- 7) Penyusunan NSPK dan Implementasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan di Puskesmas
- 8) Penguatan surveilans pengendalian resistensi antimikroba

b. UNICEF

UNICEF memberikan dukungan untuk kegiatan *Quality of Newborn Care* berupa hibah langsung/uang untuk periode tahun 2024 dengan grant agreement senilai Rp. 1.511.102.111 dengan nomor registrasi hibah adalah 2MC6HNAA.

Adapun rincian kegiatan hibah UNICEF yang sudah dilakukan di tahun 2024 adalah sebagai berikut:

- 1) Strengthened national policy, regulation and guidelines implementation on integrated quality care of Maternal and Neonatal Health through evidence generation
- 2) Strengthened province capacity in facilitating quality improvement at health facility
- 3) Strengthened national and province capacity in monitoring quality of Maternal and Neonatal Health care

Kendala yang di Hadapi:

- 1) Pengaturan jadwal kegiatan yang bersamaan dengan anggaran APBN/ DIPA Direktorat
- 2) Direktorat Mutu Yankes baru bisa melaksanakan kegiatan yg bersumber dari dana UNICEF selalu bisa dilaksanakan di TW IV atau akhir tahun disebabkan padatnya jadwal kegiatan yang bersumber dari dana APBN/ DIPA

Strategi:

- 1) Pembentukan Tim teknis satuan pelaksana kegiatan bersumber Hibah Unicef
- 2) Pembagian tugas diantara anggota Tim
- 3) Pelibatan unit kerja dan satker lain nya

7. Pelaksanaan Sosialisasi Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kepada Masyarakat

Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, kriteria, dan pemberian bimbingan teknis, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan dibidang mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pengukuran mutu yang dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan bertujuan untuk menilai apakah upaya-upaya yang telah dilakukan benar-benar dapat meningkatkan mutu layanan secara berkesinambungan, juga untuk memberikan umpan balik, transparansi publik, dan dapat digunakan sebagai pembanding (*benchmark*) dalam mengidentifikasi *best practice* untuk pembelajaran.

Dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan dilakukan upaya percepatan peningkatan akses dan mutu

pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui kegiatan Sosialisasi Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Fasyankes bersama mitra kerja Komisi IX DPR RI pada tahun 2024.

Upaya Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan melalui kegiatan Sosialisasi Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Fasyankes bersama mitra kerja Komisi IX DPR RI pada tahun 2024, telah dilaksanakan pada 32 Lokus Kab/Kota dalam 2 tahap.

Kegiatan Sosialisasi ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai budaya mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan agar masyarakat memahami hak dan kewajiban pasien di setiap jenis fasilitas pelayanan kesehatan. selain itu, melalui kegiatan ini juga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) untuk mendukung upaya kesehatan promotif dan preventif guna mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera.

Kegiatan ini dihadiri oleh semua elemen masyarakat seperti Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Perangkat Kecamatan dan Desa, Babinsa, Babinkamtibmas, dan seluruh masyarakat dengan berbagai latar belakang profesi. jumlah peserta dari berbagai elemen tersebut adalah 600 orang untuk setiap lokus kegiatan.

8. Pelaksanaan Pembinaan Wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat

a. Wilayah Binaan

Mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/130/2023 tentang Tim Pembinaan Wilayah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan bertanggung jawab untuk membina lima provinsi, salah satunya adalah Nusa Tenggara Barat (NTB). Pembinaan ini bertujuan untuk mendukung implementasi 6 pilar transformasi kesehatan serta koordinasi program prioritas nasional dan daerah dalam bidang pelayanan kesehatan.

b. Kegiatan Pembinaan Wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2024

1) Rapat Koordinasi Wilayah Binaan Provinsi Nusa Tenggara Barat (17-19 Maret 2024)

Kegiatan ini dilaksanakan di Kantor Kepala Dinas Kabupaten Lombok Barat dan Kantor Kepala Dinas Provinsi NTB. Tujuan utama kegiatan adalah untuk membangun sinergisme antara pusat dan daerah dalam mendukung implementasi 6 pilar transformasi kesehatan dan

koordinasi terkait program prioritas nasional serta daerah pada Dinas Kesehatan Tahun 2024.

Beberapa agenda yang dibahas dalam pertemuan ini adalah:

- Kampanye keselamatan pasien yang dilaksanakan setiap tahun di NTB, mengingat NTB adalah bagian dari wilayah binaan Direktorat Mutu.
- Pembahasan mengenai kegiatan Binwil di wilayah NTB, evaluasi kegiatan yang belum terlaksana pada 2023 dan mitigasi kegiatan untuk 2024.
- Penjadwalan pelaksanaan RME pada tahun 2024.
- Refleksi kegiatan Binwil tahun 2023, di mana dilakukan webinar series dengan kuota 300 peserta, namun yang hadir hanya 100 peserta dengan interaksi yang terbatas.

Rencana Tindak Lanjut:

- Kampanye berkelanjutan mengenai budaya keselamatan pasien dan evaluasi terhadap proses pelaksanaan kampanye tersebut.
- Rumah sakit perlu menetapkan materi keselamatan pasien sebagai bagian dari orientasi mahasiswa yang akan melakukan praktek lapangan di RS.

2) Kampanye Budaya Keselamatan Pasien (17 Maret 2024)

Kegiatan kampanye dan advokasi yang dilakukan kepada mahasiswa Rumpun Ilmu Kesehatan Universitas Mataram dilaksanakan pada tanggal 17 Maret 2024. Rencana Tindak Lanjut:

- Kementerian Kesehatan dan Universitas Mataram perlu melaksanakan kampanye berkelanjutan terkait budaya keselamatan dan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap proses pelaksanaan kampanye tersebut.
- Universitas Mataram perlu merancang kurikulum terkait keselamatan pasien sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- Rumah sakit perlu menetapkan materi tentang keselamatan pasien sebagai materi wajib pada saat dilaksanakan orientasi pada mahasiswa yang akan melaksanakan praktek lapangan di RS.

3) Bimbingan Terkait POCQI di Fayankes (31 Juli - 2 Agustus 2024)

Kegiatan ini dilaksanakan di Fave Hotel Mataram dengan metode penyampaian paparan dan diskusi. Kegiatan dihadiri oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTB, Kabid Yankes Dinkes Provinsi NTB, Tim POCQI Dinkes Provinsi NTB, UNICEF, dan 15 perwakilan dari klinik di Kota Mataram, Lombok Barat, Lombok Timur, dan Lombok Tengah.

4) Pertemuan Evaluasi dan Pelaksanaan Akreditasi Laboratorium Kesehatan dan UTD (2-4 September 2024)

Pertemuan ini dilaksanakan secara hybrid (luring dan daring) di Hotel Astoria Mataram Lombok. Kegiatan diikuti oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota seluruh Indonesia, dengan narasumber dari Direktur Pelayanan kesehatan Rujukan, Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Bali, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, PMI Pusat, dr. Tonang Dwi Ardyanto, SpPK(K).

Rencana Tindak Lanjut untuk Labkes & UTD:

- Peningkatan pemahaman mengenai pemilihan, pengukuran, dan pelaporan indikator prioritas, serta manajemen risiko dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).
- Penyesuaian regulasi sesuai dengan UU No. 17 tahun 2023 dan PP No. 28 tahun 2024.
- Penataan struktur organisasi Labkes dan UTD sesuai dengan regulasi terbaru.

Rencana Tindak Lanjut untuk Dinas Kesehatan:

- Sosialisasi peningkatan mutu di Labkes dan UTD serta pemanfaatan sumber dana Dekon dan DAK NF.
- Identifikasi Labkes yang masih beroperasi dan penyusunan rencana survei akreditasi.
- Penguatan pembinaan dan pengawasan dalam pemantauan dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan di Labkes dan UTD.

5) Pembinaan Wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat (9-11 November 2024)

Kegiatan ini dilaksanakan di Senggigi Beach Hotel, dihadiri oleh peserta undangan secara daring maupun luring dari Unit Kerja Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota se-NTB, Poltekkes Kemenkes Mataram, dan RS Patuh Pajuh. Tujuan pertemuan

adalah untuk memberikan advokasi terkait kendala yang dihadapi oleh Pemerintah Daerah dalam mengimplementasikan 6 pilar transformasi kesehatan.

Luaran dari Pertemuan Ini:

- RS Tripat di Lombok Barat akan menjadi percontohan POCQI di Asia Tenggara (lebih dari 12 proyek POCQI telah dilaksanakan).
- Dua rumah sakit dan lima puskesmas di NTB telah mengimplementasikan POCQI.
- Peningkatan kepatuhan pelaporan INM dan IKP di NTB, dengan Lombok Tengah mencapai 100% kepatuhan.
- Pelatihan pengisian INM secara mendetail agar sesuai dengan peraturan yang berlaku.

c. Kesimpulan dan Saran

Pembinaan wilayah di Provinsi NTB telah menunjukkan kemajuan signifikan, terutama dalam implementasi POCQI dan kampanye keselamatan pasien. Namun, tantangan masih ada, seperti rendahnya partisipasi dalam kegiatan daring dan perlunya peningkatan pelaporan insiden keselamatan pasien. Diharapkan kegiatan pembinaan ini dapat terus berjalan dengan lebih efektif dan mendukung tercapainya standar mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik di NTB.

d. Rencana Tindak Lanjut

- Kampanye berkelanjutan tentang keselamatan pasien dan evaluasi pelaksanaan kampanye tersebut.
- Penyusunan kurikulum keselamatan pasien oleh Universitas Mataram.
- Rumah sakit di NTB diharapkan mengimplementasikan keselamatan pasien dalam orientasi mahasiswa yang akan melakukan praktek di RS.

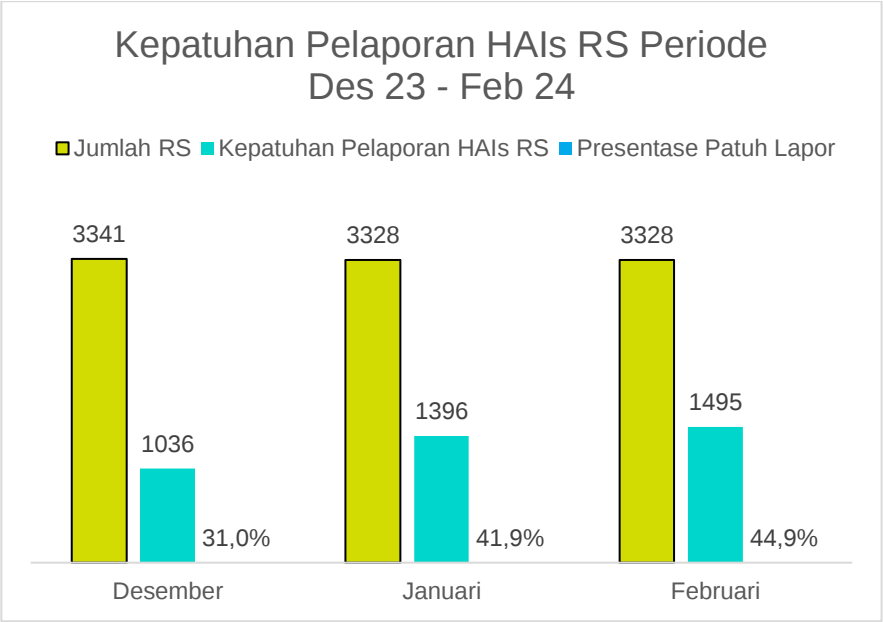
9. Inovasi

a. Pelaporan Healthcare-Associated Infections (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

Pelaporan Healthcare-Associated Infections (HAIs) melalui Aplikasi SIMAR merupakan inovasi yang "dapat dihargai" pada kategori Inovasi dalam Implementasi SAKIP komponen Perencanaan Kinerja.

b. Pelaporan Resistensi Antimikroba (AMR) melalui SIRS Online

Pengendalian resistensi antimikroba (antimicrobial resistance/AMR) di rumah sakit terus ditingkatkan. Upaya ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 Tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit. Melalui regulasi tersebut, pengendalian resistensi

antimikroba ditujukan untuk mencegah dan menurunkan adanya kejadian mikroba resisten. Resistensi antimikroba terjadi ketika bakteri, virus, jamur, dan parasit tidak lagi merespons obat antimikroba, sehingga meningkatkan risiko penyebaran penyakit atau penyakit parah.

Upaya mendorong pelaporan PPRA juga akan dilakukan melalui SIRS ONLINE yang sudah familiar untuk seluruh rumah sakit di Indonesia, tidak manual seperti saat ini. SIRS ONLINE merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan.

Sesuai SE Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor : HK.02.02/D/44930/2024 tentang Kewajiban Penyelenggaraan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba/Microbial Resistance di Rumah Sakit. Pelaporan Resistensi Antimikroba (AMR) melalui SIRS Online merupakan inovasi yang "dapat dihargai" pada kategori Inovasi dalam Implementasi SAKIP komponen Pengukuran dan Pelaporan Kinerja

c. Strategi Percepatan Akreditasi Puskesmas dengan Kondisi Daerah Khusus

Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Daerah memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia. Upaya ini mencakup penguatan mutu pelayanan kesehatan, baik internal maupun eksternal diantaranya melalui akreditasi

Sesuai dengan Surat Menteri Kesehatan No.HK.02.01./Menkes/389/2024 tanggal 28 Juni 2024 tentang penyelenggaraan akreditasi pada Puskesmas dengan kondisi khusus, terdapat 291 Puskesmas yang belum terakreditasi. Puskesmas dengan kondisi khusus tersebut adalah Puskesmas yang berada dalam wilayah dengan kondisi keamanan tidak stabil dan akses sulit. Akreditasi ini dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan 3 metode yaitu secara daring penuh, secara luring pada tempat selain di lokasi Puskesmas dan secara daring pada tempat selain di lokasi Puskesmas yang tersedia jaringan internet yang memadai.

Strategi Percepatan Akreditasi Puskesmas Daerah Khusus merupakan inovasi yang "dapat dihargai" pada kategori Inovasi dalam Implementasi SAKIP komponen Perencanaan Kinerja, Pengukuran Kinerja, dan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja

10. Penghargaan

Sebagai tindak lanjut pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan (IKK) tahun 2024 yang merupakan salah satu indikator pencapaian Reformasi Birokrasi General, maka Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan melaksanakan pemberian penghargaan atas pencapaian hasil dalam pengukuran IKK tahun 2024 dalam rangkaian kegiatan Hari Kesehatan Nasional (HKN) ke-60 tahun 2024.

Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan menerima penghargaan dalam kategori “Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah” dengan nilai 84.52 – Sangat baik.

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 2024 secara umum berhasil mencapai target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan.

Pencapaian pada tahun 2024 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 2023 adalah **82,10 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 2024 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Yankes

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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, 12 Februari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

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

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

Lampiran 2. Perjanjian Kinerja TA 2024 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Yankes

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
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	100%
		Persentase klinik pratama terakreditasi	100%
		Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TPMD) yang melakukan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan	100%
2.	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
	Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas	RS yang terakreditasi	100%
		Laboratorium Kesehatan yang terakreditasi	100%
		UTD yang terakreditasi	100%
		Persentase Fasyankes Rujukan yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan	100%
		Persentase Fasyankes Rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Fasyankes Rujukan	100%

Lampiran 3. Perjanjian Kinerja TA 2024 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Yankes

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
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	96%
		Persentase Realisasi Capaian Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan	95%
		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan	95%
		Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan	98%

Program

- 1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN
- 2. Program Dukungan Manajemen

Anggaran

Rp 22,888,224,000
Rp 1.798.900.000

Total

Rp 24.687.124.000

Jakarta, 12 Februari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,

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

dr. Yanti Herman, S.H., M.H.Kes
NIP 197001242002122

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

HASIL EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA
Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan
2023

No	Komponen/Sub Komponen/Kriteria	Bobot	Nilai Akuntabilitas Kinerja
			2023
1	Perencanaan Kinerja	30.00	23.70
2	Pengukuran Kinerja	30.00	25.20
3	Pelaporan Kinerja	15.00	13.20
4	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal	25.00	20.00
Nilai Akuntabilitas Kinerja			82.10
Kategori Predikat			A

No	Catatan
1	Target kinerja yang belum tercapai : a. Persentase fasyankes rujukan yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan b. Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TMPD) yang melakukan pengukuran INM (Indikator Nasional Mutu) pelayanan kesehatan c. Persentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi d. Persentase UTD yang terakreditasi
2	Belum terdapat inovasi terkait perencanaan, pengukuran dan evaluasi kinerja
3	

No	Catatan Lainnya
1	Setuan Kerja belum melaporkan indikator direktif dalam Laporan Kinerja.
2	
3	

1	Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan agar Melakukan upaya strategis untuk meningkatkan capaian kinerja
2	Melakukan upaya inovasi terkait perencanaan, pengukuran dan evaluasi kinerja
3	

Evaluatan,
Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan
Kasubag Adum Dit Mutu


dr. Amy Rahmadanti, M.Sc
NIP. 197908062009122001

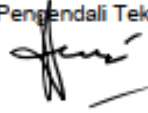
Jakarta, 21 April 2024
Tim Inspektorat I, Itjen Kemenkes I

Anggota,

Arie Agung Bramanthi, S.Kom, Cer
NIP. 197905172010121001

Ketua,

dr. Liliani Fora, CIAP
NIP. 198406082015032002

Pengendali Teknis,

Henni Andriani, SKM, M.Ak.
NIP. 197505291998032003

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
2023

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	25.20	84.00%
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	7.2	80.00%
2.c	Pengukuran Kinerja telah dijadikan dasar dalam pemberian Reward dan Punishment, serta penyesuaian strategi dalam mencapai kinerja yang efektif dan efisien	15.00	12	80.00%
3	PELAPORAN KINERJA	15.00	13.20	88.00%
3.a	Terdapat Dokumen Laporan yang menggambarkan Kinerja	3.00	2.4	80.00%
3.b	Dokumen Laporan Kinerja telah memenuhi Standar menggambarkan Kualitas atas Pencapaian Kinerja, informasi keberhasilan/kegagalan kinerja serta upaya perbaikan/ penyempurnaannya	4.50	4.05	90.00%
3.c	Pelaporan Kinerja telah memberikan dampak yang besar dalam penyesuaian strategi/kebijakan dalam mencapai kinerja berikutnya	7.50	6.75	90.00%
4	EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA INTERNAL	25.00	20.00	80.00%
4.a	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal telah dilaksanakan	5.00	4	80.00%
4.b	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal telah dilaksanakan secara berkualitas dengan Sumber Daya yang memadai	7.50	6	80.00%
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			82.10	A

Evaluatan,
Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan
Kasubag Adum Dit Mutu

dr. Amy Rahmadanti, M.Sc
NIP. 197908062009122001

Jakarta, 21 April 2024
Tim Inspektorat I, Itjen Kemenkes RI

Anggota,
Jakarta, 21 April 2024

Ario Agung Bramanthi, S.Kom, CertD
NIP. 197905172010121001

Ketua,

Pengendali Teknis,

Lampiran 5. Dokumentasi Foto Kegiatan Binwil NTB tahun 2024



Gambar 5.1 Pembukaan Rapat Koordinasi Wilayah Binaan



Gambar 5.2 Kampanye budaya keselamatan univ.mataram



Gambar 5.3 Bimbingan POCQI Fasyankes



Gambar 5.4 Evaluasi akreditasi laboratorium kesehatan dan UTD



Gambar 5.5 Pembinaan wilayah provinsi nusa tenggara barat tahun 2024

Lampiran 6. Dokumentasi Penghargaan tahun 2024



Gambar 6.1 Penerima Penghargaan Pengukuran IKK Kemenkes tahun 2024.



Gambar 6.2 Penerima Penghargaan Pengukuran IKK Kemenkes tahun 2024.

DOKUMENTASI KEGIATAN

Percepatan survei akreditasi di puskesmas dengan kondisi khusus

1. Di Wamena, Jayawijaya (untuk Kab. Jayawijaya, Kab. Tolikara, Kab. Nduga).

a. Kabupaten Wamena



b. Kabupaten Yahukimo

