

DIREKTORAT PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

REVISI II

RENCANA AKSI

TAHUN 2020 - 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas perkenanNya, Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Tahun 2020 – 2024 dapat tersusun dengan baik.

Rencana aksi ini akan menjadi arah pada perencanaan dan pelaksanaan kegiatan di Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dalam mendukung pencapaian target dan sasaran Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Kementerian Kesehatan serta pembangunan kesehatan secara nasional yang memuat sembilan agenda prioritas (Nawa Cita) Kabinet Kerja.

Rencana aksi ini merupakan proses pemilihan tujuan, sasaran strategi, kebijakan, penentuan strategi, program dan kegiatan yang diperlukan dalam meningkatkan kolaborasi Puskesmas dan Fasyankes Primer lainnya dalam pemberian pelayanan

Rencana strategi ini telah selaras dengan Rencana Strategi Kementerian Kesehatan RI 2020-2024 dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024.

Pada kesempatan ini, perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi sehingga selesainya Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer. Semoga rencana aksi ini bermanfaat bagi kemajuan pembangunan kesehatan di Indonesia terutama pada pelayanan kesehatan primer. Selamat bekerja, selamat membangun Negara Indonesia tercinta. Salam sehat.

Jakarta, 20 Februari 2023

Direktur Pelayanan Kesehatan Primer,



dr. Yanti Herman, SH. MH.Kes.

MASYARAKAT

*SEHAT ADALAH HARTAKU,
YANG HARUS KUJAGA DAN KUPELIHARA*

Petugas Kesehatan

Yang sehat tetap sehat
Yang sehat tidak sakit
Yang sakit menjadi sehat

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	2
DAFTAR ISI	4
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	5
B. Tujuan	7
C. Sasaran	7
D. Dasar Hukum	8
E. Ruang Lingkup	9
BAB II KONDISI DAN PERMASALAHAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER	
A. Gambaran Umum Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	10
B. Harapan Pemangku Kepentingan Inti	10
C. Tantangan Strategis	13
D. Visi, Misi dan Tata Nilai	18
E. Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer	19
F. Analisis SWOT	20
G. Analisis Posisi Bersaing	23
BAB III KEBIJAKAN DAN STRATEGI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER	
A. Kebijakan	28
B. Strategi	28
C. Sasaran Strategi dan Indikator Kinerja	29
BAB IV PERAN PEMERINTAH PUSAT, PROVINSI DAN KABUPATEN/KOTA DALAM PELAKSANAAN, PEMANTAUAN DAN EVALUASI	
A. Pelaksanaan	31
B. Keterkaitan Indikator dengan Kegiatan	32
C. Pemantauan dan Evaluasi	33
BAB V PEMBIAYAN	34
BAB VI MONITORING DAN EVALUASI	
A. Monitoring	35
B. Evaluasi	35
BAB VII PENUTUP	36
LAMPIRAN KAMUS INDIKATOR	
TIM PENYUSUN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, agar tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental dan sosial melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan perikemanusiaan, pemberdayaan masyarakat, kemandirian secara adil dan merata, melalui pendekatan *life cycle*.

Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), serta globalisasi. Pembangunan Nasional harus berwawasan kesehatan, dimana setiap kebijakan publik harus memperhatikan dampak pembangunan terhadap kesehatan. Upaya pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan: 1) Upaya kesehatan, 2) Pembiayaan kesehatan, 3) Sarana Prasarana, 4) Sumber daya manusia kesehatan, 5) Sediaan farmasi dan alat kesehatan, 6) Manajemen dan informasi kesehatan, serta 7) Pemberdayaan masyarakat.

Sesuai dengan UU Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional, telah ditetapkan arah RPJMN Tahap III yaitu perlunya memanfaatkan pembangunan secara menyeluruh dengan memaksimalkan keunggulan, peningkatan daya saing perekonomian yang berbasis Sumber Daya Alam (SDA) yang tersedia, Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas serta kemampuan IPTEK.

Dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025, tahapan keempat (2020-2024), pembangunan kesehatan diharapkan dapat memantapkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang akan ditunjukkan dengan tercapainya target berbagai indikator.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari Pembangunan Nasional sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024. Dalam Sistem Kesehatan Nasional, pendekatan pelayanan kesehatan primer dinyatakan sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua, sehingga pelayanan kesehatan primer merupakan ujung tombak dari pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Rencana aksi ini telah diselaraskan dengan kebijakan pemerintah Kabinet Kerja yang tertuang dalam Nawa Cita (Menghadirkan kembali negara untuk melindungi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga Negara, Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis, dan terpercaya, Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan, Menolak negara lemah dengan melakukan reformasi sistem dan penegakan hukum yang bebas korupsi, bermartabat, dan terpercaya, Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia, Meningkatkan produktivitas rakyat dan daya saing di pasar internasional, Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerakkan sektor-sektor strategis ekonomi domestic, Melakukan revolusi karakter bangsa, Memperteguh ke-Bhinneka-an dan memperkuat restorasi sosial Indonesia). Pembangunan kesehatan dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan mengeluarkan kebijakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sarana dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk melakukan transformasi Sistem Kesehatan. Dalam transformasi tersebut, terdapat 6 pilar yaitu

1. Transformasi Layanan Primer, mencakup upaya promotif dan preventif yang komprehensif, perluasan jenis antigen, imunisasi, penguatan kapasitas dan perluasan skrining di layanan primer dan peningkatan akses, SDM, obat dan kualitas layanan serta penguatan layanan laboratorium untuk deteksi penyakit atau faktor risiko yang berdampak pada masyarakat;
2. Transformasi Layanan Rujukan, yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat;
3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan dalam menghadapi Kejadian Luar Biasa (KLB)/wabah penyakit/kedaruratan kesehatan masyarakat, melalui kemandirian kefarmasian dan alat kesehatan, penguatan surveilans yang adekuat berbasis komunitas dan laboratorium, serta penguatan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan;
4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan, untuk menjamin pembiayaan yang selalu tersedia dan transparan, efektif dan efisien, serta berkeadilan;

5. Transformasi SDM Kesehatan, dalam rangka menjamin ketersediaan dan pemerataan jumlah, jenis, dan kapasitas SDM kesehatan; dan
6. Transformasi Teknologi Kesehatan, yang mencakup: (1) integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan, (2) integrasi dan pengembangan sistem aplikasi kesehatan, dan (3) pengembangan ekosistem (teknologi kesehatan (regulasi/kebijakan yang mendukung, memberikan kemudahan/fasilitasi, pendampingan, pembinaan serta pengawasan yang memudahkan atau mendukung bagi proses pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkelanjutan) yang disertai peningkatan tatakelola dan kebijakan kesehatan.

Untuk pemenuhan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, Pemerintah dan pemerintah daerah juga mendorong Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik swasta meliputi : Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi untuk berperan sebagai pemberi layanan kesehatan. Untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan pada Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter dan Praktik Mandiri Dokter Gigi, maka FKTP swasta tersebut juga harus memenuhi standar dan terakreditasi.

Salah satu strategi yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas adalah dengan meningkatkan kualitas SDM kesehatan yang memberikan pelayanan di Puskesmas terutama dokter melalui Pendidikan Spesialis yaitu Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan primer (Sp.KKLP) yang didukung dengan kelengkapan sarana prasarana dan alat kesehatan untuk mendukung pelayanan

B. Tujuan

Penyusunan Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Tahun 2020 – 2024 dimaksudkan untuk:

1. Mendukung pencapaian Rencana Strategi Kementerian Kesehatan dan Rencana Aksi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2020 – 2024
2. Kesenambungan dan keberlanjutan program tahun 2015 – 2019
3. Menentukan arah dan target program Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Tahun 2020 – 2024
4. Panduan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi kegiatan Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Tahun 2020 – 2024 dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.

C. Sasaran

1. Lintas program terkait pelayanan kesehatan primer
2. Dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota
3. Lintas sektor terkait (Kementerian Keuangan, Badan Perencana Pembangunan Nasional, Badan Pemeriksa Keuangan, Organisasi Profesional, BPJS, dan lain-lain)
4. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas, Klinik Pratama dan Praktek Mandiri Dokter)

D. Dasar Hukum

1. Undang-Undang RI Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia;
2. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
3. Undang-Undang RI Nomor 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah;
4. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
5. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2007 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025;
6. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
7. Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2013 Tentang Pendidikan Kedokteran;
8. Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah;
9. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
10. Peraturan Pemerintah RI Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan;
11. Peraturan Pemerintah RI Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah;
12. Peraturan Pemerintah RI Nomor 17 Tahun 2017 Tentang Sinkronisasi Proses Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Nasional;
13. Peraturan Pemerintah RI Nomor 39 tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan;
14. Peraturan Pemerintah RI Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
15. Peraturan Pemerintah RI Nomor 5 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko;
16. Peraturan Pemerintah RI Nomor 6 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha di Daerah;
17. Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional;
18. Peraturan Presiden RI Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024;
19. Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;

20. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
21. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
22. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas;
23. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
24. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
25. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 5 tahun 2022 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
26. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 8 Tahun 2022 perubahan dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan;
27. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024;
28. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer meliputi:

1. Kondisi dan permasalahan pelayanan kesehatan primer
2. Kebijakan dan strategi pelayanan kesehatan primer
3. Peran pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi
4. Pembiayaan
5. Monitoring dan evaluasi

BAB II

KONDISI DAN PERMASALAHAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

A. Gambaran Umum Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer

Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer merupakan transformasi dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai SOTK Baru "Permenkes No.5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, yang mulai aktif pada Januari 2016. Tujuan kinerja dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer adalah memperkuat pelayanan kesehatan primer, yang dilakukan oleh 4 (empat) Tim Kerja terkait yaitu Tim Kerja Perizinan dan Registrasi Fasyankes Primer, Tim Kerja Standarisasi Klinis Fasyankes Primer, Tim Kerja Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, Tim Kerja Yankes Primer Lain dan Jaminan Kesehatan serta didukung oleh Subbagian Administrasi Umum (ADUM).

B. Harapan Pemangku Kepentingan Inti

Harapan pemangku kepentingan inti merupakan harapan dari pimpinan dan staf Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer serta pemerintah daerah dan masyarakat terhadap kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer. Harapan pemangku kepentingan inti tersebut terangkum dalam tabel berikut ini:

Harapan Pemangku Kepentingan Inti

No.	Komponen Pemangku Kepentingan Inti	Harapan	Kekhawatiran
1.	Pimpinan	<p>a. Adanya konsep <i>Primary Health Care</i> (PHC) dan memastikan implementasinya</p> <p>b. Dit. Yankes Primer mampu menghasilkan NSPK yang dibutuhkan oleh faskes primer, LP & LS</p>	<p>a. Target tidak tercapai</p> <p>b. Kebijakan yang tidak implemenatif</p> <p>c. Konflik kepentingan dalam perencanaan</p> <p>d. Dukungan anggaran tidak optimal</p> <p>e. Kuantitas, kualitas dan jenis SDM yang belum memadai</p> <p>f. Adanya force majeure</p>

No.	Komponen Pemangku Kepentingan Inti	Harapan	Kekhawatiran
		<ul style="list-style-type: none"> c. Terlaksananya MONEV/ Supervisi/Bimtek dengan indikator yang terukur (input, proses, output, outcome) d. Target yang telah ditetapkan dapat tercapai e. Mampu merumuskan perencanaan yang berbasis kebutuhan f. Terciptanya budaya kerja sesuai reformasi birokrasi 	seperti pandemi dll
2.	Staf	<ul style="list-style-type: none"> a. Kesejahteraan staf yang terjamin b. Lingkungan/situasi kerja yang kondusif c. Mendapatkan penjelasan visi, misi dan kebijakan Kemenkes dari pimpinan d. Perintah pimpinan yang antisipatif e. Pelaksanaan kegiatan sesuai perencanaan f. Terasilitasi peningkatan kapasitas SDM 	<ul style="list-style-type: none"> a. Sumber daya tidak cukup b. Target tidak tercapai c. Tunjangan kinerja yang belum sesuai dengan beban kerja d. Pembinaan staf belum optimal e. Kurangnya koordinasi dengan lintas program f. Adanya efisiensi perjalanan dinas g. Adanya hambatan pencairan anggaran
3.	Daerah	<ul style="list-style-type: none"> a. Mampu menjamin adanya bantuan dana 	<ul style="list-style-type: none"> a. Dukungan Pusat (baik bantuan dana,

No.	Komponen Pemangku Kepentingan Inti	Harapan	Kekhawatiran
		<ul style="list-style-type: none"> untuk daerah sesuai kebutuhan b. Adanya NSPK dan kebijakan pelayanan kesehatan primer sesuai kebutuhan dan implementatif c. Pelayanan administrasi Barang Milik Negara (BMN) yang dipermudah d. Adanya pembinaan, monev dari Pusat untuk mencapai target yang telah ditetapkan e. Adanya kesempatan untuk konsultasi dengan waktu yang cukup f. Diseminasi kebijakan dan NSPK lebih intensif g. Mendapat dukungan h. Pemenuhan tenaga kesehatan di daerah 	<ul style="list-style-type: none"> pembinaan) tidak sesuai kebutuhan. b. Belum tersedia regulasi yang bersifat strategis Kebijakan dan NSPK yang ada kurang implementatif. c. Birokrasi yang rumit. d. Tidak mendapatkan dukungan pemenuhan sumber daya kesehatan. e. Kebijakan dan peraturan yang berubah-ubah f. Adanya force majeure seperti pandemic dll
4.	Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> a. Adanya jaminan ketersediaan pelayanan kesehatan. b. Mendapatkan pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau/diakses dan berkualitas 	<ul style="list-style-type: none"> a. Kebijakan tidak pro rakyat. b. Ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan kurang c. Kebutuhan pelayanan kesehatan tidak

No.	Komponen Pemangku Kepentingan Inti	Harapan	Kekhawatiran
		c. Semua aspirasi rakyat dapat diwujudkan dengan aspirasi yang pro rakyat d. Adanya prosedur pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang sistematis dan seragam	terpenuhi. d. Sistem informasi tidak sesuai harapan e. Birokrasi pelayanan yang terlalu panjang f. Adanya force majeure seperti pandemic dll

C. Tantangan Strategis

Tantangan strategis yang dihadapi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dalam melaksanakan pembangunan kesehatan primer antara lain:

1. Manajemen dan koordinasi

Seyogyanya terdapat suatu perencanaan yang terintegrasi antara lintas program dan lintas sektor baik di tingkat pusat maupun daerah, terkait dengan sasaran bersama yang ingin dicapai dan fokus program strategis yang ingin dilaksanakan, yang berujung pada keselarasan program, alokasi anggaran dan peningkatan efektivitas. Saat ini, integrasi perencanaan yang dilakukan belum optimal sehingga manajemen dan koordinasi juga menjadi belum optimal.

2. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sistem pembiayaan kapitasi di era JKN memperkuat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam mengutamakan promotif dan preventif. Kapitasi yang diperoleh oleh FKTP sangat bermanfaat bila promotif dan preventif berjalan optimal, yang pada gilirannya dana dari kapitasi tidak habis untuk membiayai obat dan bahan habis pakai dalam memenuhi kebutuhan kuratif.

Selain hal tersebut, di era JKN akan diperlukan penguatan sumber daya dan kompetensi FKTP sebagai *gate keeper* dan tulang punggung pelayanan kesehatan. Pembiayaan JKN yang biphak pada upaya promotif dan preventif serta layanan primer juga mutlak diperlukan.

Penguatan FKTP dalam pelayanan promotif preventif akan menjadi salah satu jembatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Konsep ini sejalan dengan transformasi pelayanan kesehatan primer, dalam rangka meningkatkan

kapasitas dan kapabilitas pelayanan primer melalui pemenuhan sumber daya manusia kesehatan. Untuk itu diperlukan kebijakan pelayanan di FKTP dengan mempertimbangkan kemampuan Puskesmas dan FKTP lain dari sisi promotif preventif sehingga dapat memberikan sumbangsih untuk penurunan beban pembiayaan kuratif pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

3. Fokus pelayanan primer pada pelayanan kuratif

Pemahaman pelaku pelayanan kesehatan primer maupun pemangku kepentingan masih menganggap, bahwa pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan kuratif, sehingga mengakibatkan terbatasnya kegiatan promotif dan preventif baik di dalam lingkup Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) maupun Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP).

4. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) terutama data dan system informasi

Kemajuan IPTEK diharapkan dapat dimanfaatkan dengan baik terutama dalam membangun/mengoptimalkan sistem informasi. Hal ini akan mempermudah pengumpulan data kesehatan dari FKTP di seluruh nusantara. Data yang akan di peroleh sangat bermanfaat dalam melaksanakan perencanaan, mengembangkan program bahkan membentuk program baru yang sesuai dengan kebutuhan di lapangan, serta monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan.

Selain itu akses nirkabel dan jaringan internet dalam rangka mempermudah komunikasi dan koordinasi masih menjadi hambatan di beberapa kab/kota

5. Kualitas, kantitas, jenis dan distribusi SDM belum optimal

Kualitas SDM yang masih di bawah standar serta distribusi yang tidak merata untuk melaksanakan pelayanan kesehatan primer, mengakibatkan jumlah tenaga kurang di daerah-daerah tertentu. Kondisi ini memerlukan kebijakan yang tepat dalam hal SDM.

Tingginya tingkat rotasi pemegang jabatan dan pergantian penanggungjawab program juga menjadi salah satu kendala yang cukup menghambat.

6. Akses, jangkauan dan disparitas geografis, ekonomi, sosial

Luasnya wilayah Indonesia dengan disparitas yang sangat beragam karena kondisi geografi dan iklim, memerlukan pola pendekatan khusus sesuai kondisi wilayah. Akan tetapi, kebijakan pusat harus menjadi ketentuan nasional, yang

diterjemahkan oleh kebijakan Provinsi yang memiliki strategi regional serta kebijakan kabupaten/kota yang menjadi dasar implementasi di lapangan.

7. Kebijakan Pusat dengan Daerah yang tidak sinkron

Sejalan dengan kebijakan desentralisasi, Pemerintah Kabupaten/kota juga menerbitkan peraturan perundangan yang seringkali tidak sejalan/sinkron dengan peraturan perundangan yang diterbitkan oleh Kementerian/Lembaga. Ketidaksinkronan ini tentu akan membingungkan dalam pelaksanaan program di masyarakat.

Tidak dapat dipungkiri, kebijakan yang dibuat oleh Kementerian/Lembaga terkait juga tidak sejalan dengan kebijakan yang dibuat oleh Kemenkes

8. Keterbatasan alokasi anggaran

Terbatasnya alokasi pembiayaan Pemerintah dalam bidang kesehatan, menuntut efisiensi dan kecermatan dalam menetapkan prioritas kegiatan yang memiliki efektifitas tinggi dan berdaya ungkit besar.

9. Komitmen global

Perkembangan kebijakan internasional juga harus diantisipasi, FKTP yang ada harus siap bersaing secara internasional, baik dalam hal kualitas pelayanan maupun kompetensi SDM.

FKTP juga tidak boleh tertinggal dalam update perkembangan ilmu pengetahuan global agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik lagi.

10. Peran serta dan pemberdayaan masyarakat

Perubahan pola hidup masyarakat yang tidak diimbangi dengan upaya promosi kesehatan mengakibatkan perubahan pola penyakit (yang dahulu tidak ada) dan pola penanggulangan penyakit. Disparitas demografi dan penyakit antar Kabupaten/kota membuat upaya pelayanan kesehatan menjadi semakin kompleks.

11. Sarana, prasarana dan alat kesehatan serta kefarmasian

Keterbatasan pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan serta kefarmasian untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan, seringkali diakibatkan kurangnya pemahaman dan perencanaan daerah dalam menerjemahkan pola pelayanan kesehatan.

Hal ini bukan hanya terjadi pada FKTP milik pemerintah, melainkan juga pada FKTP swasta yang juga memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

12. Desentralisasi

Kebijakan desentralisasi menyebabkan perubahan yang mendasar pada sistem pemerintahan di Provinsi dan Kabupaten/kota. Pemerintah Pusat bertanggungjawab dalam penetapan kebijakan dan regulasi, sedangkan pelaksanaan diserahkan kepada Provinsi dan Kabupaten/kota sesuai dengan tugas dan kewenangan masing-masing. Pemerintah Pusat tidak bisa turun langsung dalam implementasi program.

13. Bonus demografi

Bonus demografi merupakan masalah serius yang menuntut persiapan seluruh bangsa. Bonus demografi adalah kondisi dimana jumlah penduduk usia produktif (15-64 tahun) jauh lebih besar dibanding penduduk nonproduktif (0-14 dan 65 tahun ke atas). Karena itu, semua pihak sejak saat ini harus berupaya untuk menyiapkan angkatan kerja yang berkualitas dari segi kesehatan, kecukupan gizi dan pendidikan untuk menjamin angkatan kerja yang mampu bersaing dimasa depan.

14. Perubahan struktur organisasi Kementerian Kesehatan

Dalam rangka pelaksanaan Reformasi Birokrasi, Kementerian Kesehatan melaksanakan perubahan struktur organisasi berdasarkan Permenkes Nomor 5 Tahun 2022 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Hal ini mengakibatkan perubahan tanggungjawab pelaksanaan kegiatan program.

15. Kesejahteraan karyawan

Karyawan/staf pada Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer sama dengan masyarakat pada umumnya, yang memerlukan biaya untuk menghidupi anggota keluarganya. Kesejahteraan karyawan juga merupakan hal yang penting diperhatikan agar karyawan dapat melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya dengan tenang dan optimal.

16. Penempatan karyawan dan pejabat struktural sesuai dengan kompetensinya (*The Right Man On The Right Place*)

D. Visi, Misi dan Tata Nilai

1. Visi

Akses Pelayanan Kesehatan Primer yang Terjangkau dan Berkualitas bagi Masyarakat.

2. Misi

- a. Meningkatkan kemitraan dan pemberdayaan dalam mewujudkan perilaku sehat dan pembangunan berwawasan kesehatan
- b. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif, merata, bermutu, dan berkesinambungan
- c. Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas sumber daya kesehatan
- d. Meningkatkan tatakelola pemerintahan yang baik dan bersih

3. Tata Nilai

Guna mewujudkan visi dan misi tersebut di atas, Kementerian Kesehatan menganut dan menjunjung tinggi nilai-nilai sebagai berikut:

a. Pro Rakyat

Dalam penyelenggaraan program-program kesehatan primer, Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer selalu mendahulukan kepentingan rakyat dan mengutamakan hasil yang terbaik untuk rakyat. Diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap orang adalah salah satu hak asasi manusia tanpa membedakan suku, golongan, agama, dan status sosial-ekonomi.

b. Integritas

Dalam penyelenggaraan program-program kesehatan, Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer senantiasa mendorong pelibatan karakter kesatuan yang utuh sehingga memiliki potensi dan kemampuan yang memancarkan kewibawaan dan kejujuran baik internal maupun eksternal dalam masyarakat madani.

c. Inklusif

Semua program kesehatan harus melibatkan semua pihak, karena pembangunan kesehatan pelayanan kesehatan primer tidak mungkin hanya dilaksanakan dengan berhasil oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer saja. Dengan demikian, seluruh komponen masyarakat, baik lintas sektor, organisasi profesi, organisasi masyarakat, pengusaha, masyarakat madani,

dan masyarakat akar rumput, harus terlibat secara aktif dalam program kesehatan.

d. Responsif

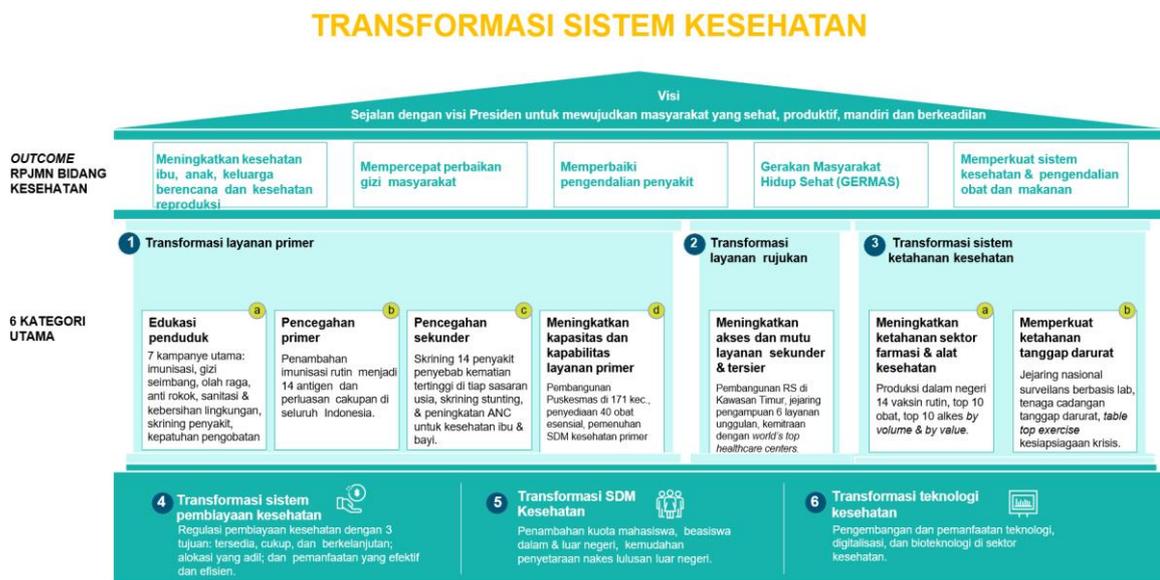
Program kesehatan harus sesuai dengan kebutuhan dan keinginan rakyat, serta tanggap terhadap permasalahan di daerah, situasi dan kondisi setempat, termasuk aspek-aspek geografi, sosial budaya, dan ekonomi.

e. Adil

Dalam penyelenggaraan program-program kesehatan, Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer selalu berpihak kepada yang benar, berpegang pada kebenaran, berperilaku merata bagi semua pihak tanpa berpihak diskriminatif.

E. Transformasi Layanan Primer

Pilar Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer merupakan salah satu dari 6 pilar Transformasi Sistem Kesehatan:



6 PILAR TRANSFORMASI PENOPANG KESEHATAN INDONESIA, DI LINGKUNGAN DITJEN PELAYANAN KESEHATAN

Transformasi layanan primer yang menjadi focus kebijakan di Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer diarahkan untuk mencapai sasaran program/kegiatan yaitu:

a. Outcome

1. Meningkatnya peran fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dalam pelayanan program prioritas bagi masyarakat

2. Puskesmas yang melakukan Kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas\
 3. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP swasta
- b. Proses Strategis
- 1) Terwujudnya peningkatan peran fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dalam pelayanan program prioritas bagi masyarakat
 - 2) Terlaksananya Puskesmas yang melakukan Kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas
 - 3) Terlaksananya kabupaten/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP swasta
- c. Sumber Daya
- 1) Tersedianya dukungan regulasi
 - 2) Tersedianya SDM kompeten & berbudaya kinerja
 - 3) Tersedianya dukungan anggaran
1. Lokasi
- Terselenggaranya program pelayanan kesehatan primer di seluruh Indonesia.

F. Analisis SWOT

Berdasarkan tujuan dan sasaran strategis Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer yang ingin dicapai, dilakukan analisis *SWOT (Strength, Weakness, Opportunities and Threat)* dan kecenderungannya, dimana faktor internal ditinjau dari kekuatan dan kelemahan sektor kesehatan dan faktor eksternal ditinjau dari peluang dan ancaman yang timbul akibat dari situasi/kondisi daerah, Lintas Sektor, masyarakat dan organisasi Kementerian Kesehatan, sebagai berikut:

1. Kekuatan
 - a. Sudah tersedianya kebijakan dan NSPK terkait pelayanan primer, diantaranya Kepmenkes Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, Permenkes No.14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, , Peraturan Pemerintah Nomor 17 tahun 2017 tentang Sinkronisasi Proses Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Nasional, Peraturan Pemerintah Nomor 39 tahun 2006 tentang Tata

Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan, Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Mandiri Bidan, dan Permenkes Nomor 35 Tahun 2019 Tentang Wahana Pendidikan Bidang Kesehatan.

- b. Adanya kebijakan transformasi layanan primer
- c. Motivasi dan komitmen kerja staff dan pimpinan yang tinggi
- d. Memiliki SDMK lulusan paska sarjana (magister kesehatan)
- e. Tersediannya anggaran operasional Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer
- f. Sudah terbentuk jejaring dengan pemangku kepentingan kunci (organisasi profesi, asosiasi di bidang kesehatan, universitas, BPJS kesehatan, dll)
- g. Sebagian besar staff teknis memiliki pengalaman kerja di Puskesmas/Dinas Kesehatan

2. Kelemahan

- a. Sistem data dan informasi belum terintegrasi
- b. Perencanaan belum semua berbasis data
- c. Sistem monitoring dan evaluasi belum semua terukur
- d. Pembinaan teknis dan evaluasi kinerja staf belum optimal
- e. Sistem *reward* dan *punishment* belum optimal
- f. Beban kerja pada tim kerja tidak merata
- g. Adanya tugas yang tidak sesuai dengan tupoksi
- h. Masih ada tenaga yang ditempatkan tidak sesuai dengan kualifikasi pendidikan
- i. Perangkat elektronik pendukung (komputer dll) yang dimiliki masih kurang jumlahnya dan tidak terpelihara dengan baik.

3. Peluang

- a. Visi & misi Pemerintahan baru yang berpihak pada bidang kesehatan
- b. Amanat undang-undang kesehatan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan primer yang berkualitas
- c. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- d. Puskesmas sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan primer
- e. Undang-undang No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, review PP No.38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten Kota, dan Peraturan Pemerintah Nomor 18 tahun 2016 tentang Perangkat Daerah yang lebih mengakomodir implementasi kebijakan Pusat di Daerah

- f. Dukungan pemerintah daerah
 - g. Telah ditetapkannya Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan kabupaten/kota yang tercantum dalam Permenkes Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
 - h. Kesadaran masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas
 - i. Perkembangan teknologi dan informasi (termasuk media)
 - j. Pengembangan kemitraan antara lain Organisasi Profesi, Lintas Sektor, Swasta, bantuan *Corporate Social Responsibility (CSR)*, *Non Government Organization (NGO)*
 - k. Kebijakan lintas program dan lintas sektor (LP/LS) yang mendukung pelayanan kesehatan primer
 - l. Adanya Puskesmas di setiap kecamatan
 - m. Reformasi birokrasi (perubahan struktur organisasi Kemenkes, tunjangan kinerja, sistem penilaian kinerja pegawai, dll)
 - n. Adanya sistem informasi Puskesmas yang terintegrasi sebagai sumber data dan informasi capaian program pelayanan kesehatan primer
 - o. Adanya tenaga fungsional yang dapat mengerjakan tupoksi-nya dengan lebih fokus sesuai dengan kontrak kerja yang harus dipenuhi oleh masing-masing jenis tenaga fungsional.
4. Ancaman
- a. Jumlah penduduk yang terus meningkat
 - b. Pergeseran pola penyakit
 - c. Penyakit Infeksi New Emerging dan Re-Emerging
 - d. Disparitas geografis, sosial, ekonomi dan budaya
 - e. Kebijakan pembiayaan kesehatan di daerah lebih berorientasi pada UKP (kuratif & rehabilitatif)
 - f. Pemekaran wilayah
 - g. Kebijakan Pusat kurang diikuti oleh kebijakan Daerah
 - h. Distribusi dokter dan tenaga kesehatan lainnya tidak merata dan tidak sesuai kebutuhan
 - i. Alokasi anggaran bidang kesehatan belum sesuai dengan peraturan perundangan
 - j. Disparitas kualitas lulusan tenaga kesehatan
 - k. Pelayanan kesehatan lebih berorientasi kuratif
 - l. Upaya promotif & preventif belum optimal
 - m. Integrasi lintas program belum optimal

- n. Belum seluruh Puskesmas memiliki Dokter
- o. Era Globalisasi (AFTA, MEA)

G. Analisis Posisi Bersaing

Setelah mengetahui situasi/kondisi yang dihadapi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, selanjutnya dilakukan Analisis Posisi Bersaing untuk mengetahui posisi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dalam melaksanakan tugas dan kewenangannya. Analisis posisi bersaing terhadap Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer sebagai berikut:

Analisis Posisi Bersaing

Kekuatan

NO	KEKUATAN	BOBOT	RATING	NILAI TERBOBOT
1	1. Sudah tersedianya kebijakan dan NSPK terkait pelayanan primer, diantaranya Kepmenkes Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, Permenkes No.9 tahun 2014 tentang Klinik, Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat,——Peraturan Pemerintah Nomor 17 tahun 2017 tentang Sinkronisasi Proses Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Nasional, Peraturan Pemerintah Nomor 39 tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan, Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Mandiri Bidan, dan Permenkes Nomor 35 Tahun 2019 Tentang Wahana Pendidikan Bidang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan.	0.2	80	16

NO	KEKUATAN	BOBOT	RATING	NILAI TERBOBOT
2	Ada 6 pilar transformasi sistem kesehatan	0.2	80	16
3	Motivasi dan komitmen kerja staf dan pimpinan yang tinggi	0.15	75	11.25
4	Memiliki SDMK lulusan paska sarjana (magister kesehatan)	0.1	70	7
5	Tersediannya anggaran operasional Dit. Pelayanan Kesehatan Primer	0.05	65	3.25
6	Sudah memiliki <i>road map</i> Puskesmas yang memberikan pelayanan sesuai standar	0.1	70	7
7	Sudah terbentuk jejaring dengan pemangku kepentingan kunci (profesi, asosiasi di bidang kesehatan, universitas, BPJS kesehatan, dll)	0.05	60	3
8	Sebagian besar staff teknis memiliki pengalaman kerja di Puskesmas/Dinas Kesehatan	0.1	70	7
TOTAL		1		73.5

Kelemahan

NO	KELEMAHAN	BOBOT	RATING	NILAI TERBOBO
1	Sistem data dan informasi belum terintegrasi	0.2	80	16
2	Perencanaan belum semua berbasis data	0.2	80	16
3	Sistem monitoring dan evaluasi belum semua terukur	0.1	70	7
4	Pembinaan teknis dan evaluasi kinerja staf belum optimal	0.1	70	7
5	Sistem <i>reward</i> dan <i>punishment</i> belum optimal	0.15	80	12
6	Beban kerja subdit tidak merata	0.1	70	7
7	Adanya tugas yang tidak sesuai dengan tupoksi	0.1	65	6.5
8	Masih ada tenaga yang ditempatkan tidak sesuai dengan kualifikasi pendidikan	0.05	60	3
TOTAL		1		74.5

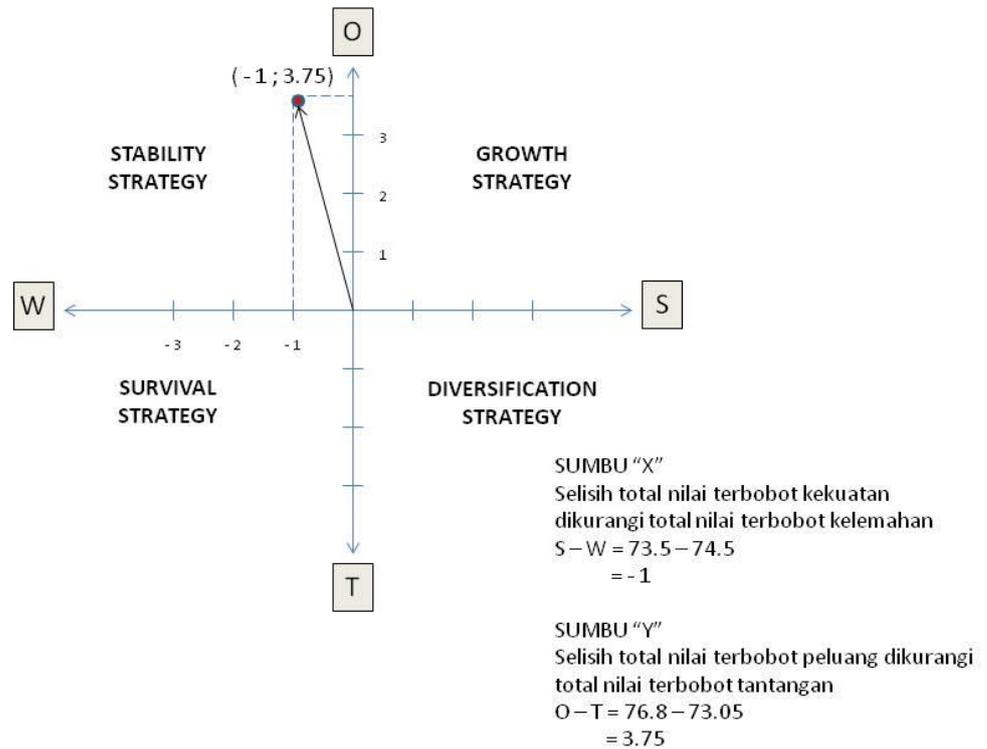
Peluang

NO	PELUANG	BOBOT	RATING	NILAI TERBOBOT
1	Visi & misi pemerintahan baru yang berpihak pada bidang kesehatan	0.08	70	5.6
2	Amanat undang-undang kesehatan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan primer yang berkualitas	0.1	80	8
3	Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	0.05	75	3.75
4	Puskesmas sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan primer	0.05	70	3.5
5	Undang-undang No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, review PP No.38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten Kota, dan Peraturan Pemerintah Nomor 18 tahun 2016 tentang Perangkat Daerah yang lebih mengakomodir implementasi kebijakan Pusat di Daerah	0.1	85	8.5
6	Dukungan pemerintah daerah	0.06	80	4.8
7	Telah ditetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan kabupaten/kota yang tercantum dalam Permenkes Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	0.1	85	8.5
8	Kesadaran masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas	0.03	70	2.1
9	Perkembangan teknologi dan informasi (termasuk media)	0.05	70	3.5
10	Pengembangan kemitraan antara lain Organisasi Profesi, Lintas Sektor, Swasta, bantuan <i>Corporate Social Responsibility</i> (CSR), <i>Non Government Organization</i> (NGO)	0.03	60	1.8
11	Kebijakan pelaksanaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pada Puskesmas	0.03	60	1.8
12	Kebijakan lintas program dan lintas sektor (LP/LS) yang mendukung pelayanan kesehatan primer	0.03	80	2.4
13	Adanya Puskesmas di setiap kecamatan	0.1	80	8
14	Reformasi Birokrasi (perubahan struktur organisasi Kemenkes, tunjangan kinerja, sistem penilaian kinerja pegawai, dll)	0.04	70	2.8
15	Adanya sistem informasi Puskesmas yang terintegrasi sebagai sumber data dan informasi capaian program pelayanan kesehatan primer	0.1	80	8
16	Adanya program terobosan yaitu Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas)	0.05	75	3.75
TOTAL		1		76.8

Ancaman

NO	ANCAMAN	BOBOT	RATING	NILAI TERBOBOT
1	Jumlah penduduk yang terus meningkat	0.04	65	2.6
2	Pergeseran pola penyakit	0.05	70	3.5
3	Disparitas geografis, sosial, ekonomi dan budaya	0.04	70	2.8
4	Kebijakan pembiayaan kesehatan di daerah lebih berorientasi pada UKP (kuratif & rehabilitatif)	0.1	80	8
5	Pemekaran wilayah	0.1	75	7.5
6	Kebijakan Pusat kurang diikuti oleh kebijakan daerah	0.15	80	12
7	Distribusi dokter dan tenaga kesehatan lainnya tidak merata dan tidak sesuai kebutuhan	0.07	75	5.25
8	Alokasi anggaran bidang kesehatan belum sesuai dengan peraturan perundangan	0.1	80	8
9	Disparitas kualitas lulusan tenaga kesehatan	0.05	70	3.5
10	Pelayanan kesehatan lebih berorientasi kuratif	0.04	70	2.8
11	Upaya promotif & preventif di UKP belum optimal	0.07	60	4.2
12	Integrasi lintas program belum optimal	0.04	60	2.4
13	Belum seluruh Puskesmas memiliki Dokter	0.05	60	3
14	Era Globalisasi (AFTA, MEA)	0.1	75	7.5
TOTAL		1		73.05

Penetapan Kuadran



Dari penetapan kuadran di atas, Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer berada di kuadran II, yang mengindikasikan Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer mempunyai posisi bersaing dengan kondisi kelemahan lebih menonjol dari pada kekuatan organisasi, tetapi mempunyai peluang usaha yang masih lebih tinggi dari ancamannya.

BAB III

KEBIJAKAN DAN STRATEGI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

A. Kebijakan

Kebijakan dalam upaya mewujudkan tujuan dan sasaran strategis sesuai dengan target pelayanan kesehatan primer adalah:

1. Kebijakan pengembangan pelayanan kesehatan primer merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan rencana pembangunan kesehatan nasional dan kebijakan pemerintah daerah.
2. Pelayanan kesehatan primer diutamakan untuk meningkatkan akses dan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
3. Pemberdayaan masyarakat merupakan titik sentral yang sangat strategis baik sebagai subjek maupun sebagai objek dalam pembangunan kesehatan, ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri sesuai tingkat kemampuannya.
4. Pelayanan kesehatan primer akan mendayagunakan tenaga kesehatan yang tersedia.
5. Pelayanan kesehatan primer harus diselenggarakan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional
6. Pengembangan program pelayanan kesehatan primer dilakukan secara bertahap, terpadu dan berkesinambungan berdasarkan analisis kebutuhan masyarakat
7. Pengembangan kesehatan primer melibatkan lintas sektor & swasta.

B. Strategi

Dalam rangka mendukung pencapaian target sasaran strategis pembangunan kesehatan primer, perlu ditetapkan strategi pengembangan pelayanan kesehatan primer menggunakan analisa TOWS, yaitu:

1. Strategi S – O

- a. Mewujudkan pelayanan kesehatan primer yang berkualitas
- b. Mewujudkan peningkatan akses pelayanan kesehatan primer
- c. Optimalisasi fungsi Puskesmas sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan primer

2. Strategi S – T

- a. Mewujudkan kualitas advokasi, pembinaan dan pengawasan pelayanan kesehatan primer
- b. Mewujudkan sistem perencanaan yang terintegrasi.
- c. Mewujudkan dukungan regulasi di tingkat daerah.
- d. Mewujudkan intensifikasi dan ekstensifikasi pelayanan kesehatan primer.
- e. Mewujudkan inovasi pelayanan kesehatan primer

3. Strategi W – O

- a. Optimalisasi fungsi Puskesmas sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan primer
- b. Manfaatkan reformasi birokrasi untuk meningkatkan kinerja

4. Strategi W – T

- a. Mewujudkan tata kelola organisasi dengan penguatan sistem manajemen kinerja
- b. Pengembangan program melalui kemitraan yang berdaya guna tinggi
- c. Mewujudkan penguatan sistem rujukan
- d. Tersedianya Dokter Layanan Primer/Pelayanan Kedokteran Keluarga Layanan Primer

C. Sasaran Strategi dan Indikator Kinerja

Setiap sasaran strategis yang tercantum dalam peta strategis harus memiliki indikator kinerja untuk menilai hasil pencapaian upaya yang dilakukan dan didukung oleh tersedianya sumber daya. Capaian indikator disusun dalam suatu periode pembangunan yaitu tahun 2020-2024. Sasaran strategis dan Indikator Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer tahun 2020 – 2024 adalah:

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Kegiatan	Target				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Menguatnya Tata Kelola Manajemen Pelayanan dan Kolaborasi Publik-Swasta	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP swasta	-	-	25	50	100

Indikator yang masuk dalam indikator RPJMN adalah:

No.	INDIKATOR RPJMN	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Persentase FKTP dengan rasio rujukan non spesialistik <2%	40%	50%	60%	80%	100%

BAB IV

PERAN PEMERINTAH PUSAT, PROVINSI DAN KABUPATEN/KOTA DALAM PELAKSANAAN, PEMANTAUAN DAN EVALUASI

A. Pelaksanaan

Di era desentralisasi pelaksanaan program pelayanan kesehatan primer dilakukan secara berjenjang baik di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota sesuai tugas pokok dan fungsi setiap tingkat administrasi.

1. Tingkat Pusat

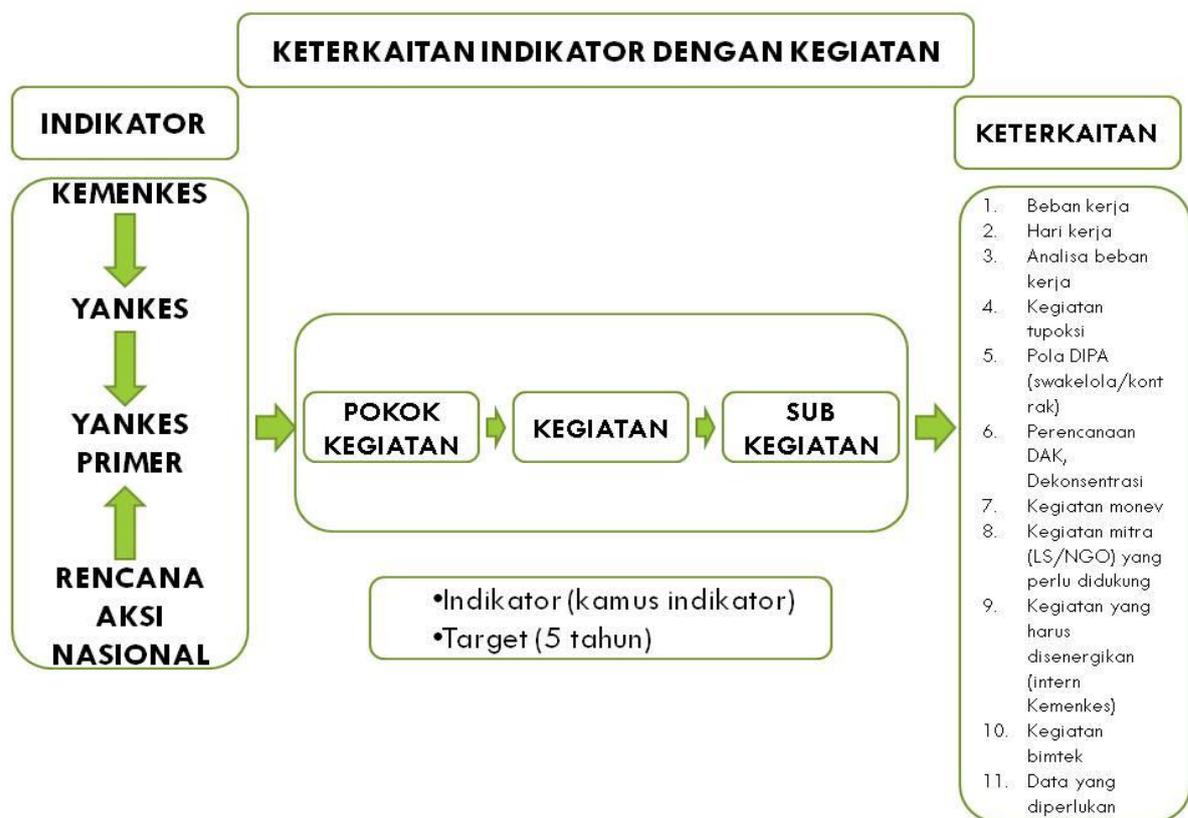
- a. Mempersiapkan kebijakan, Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) penyelenggaraan program pelayanan kesehatan primer.
- b. Melakukan sosialisasi dan advokasi kepada para pengambil keputusan dan Lintas Sektor di Pusat, Provinsi dan Kabupaten/kota, untuk mendukung pengembangan program pelayanan kesehatan primer.
- c. Melakukan bimbingan dan fasilitasi termasuk dukungan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dalam kondisi tertentu untuk pengembangan program pelayanan kesehatan primer.

2. Tingkat Daerah

- a. Pelaksanaan program di provinsi, kabupaten/kota, dilakukan secara bertahap mengingat perlunya kesiapan sumberdaya baik sarana, prasarana, alat, tenaga dan pembiayaan, di samping pemahaman konsep dan adanya komitmen dari para pemangku kepentingan dari berbagai LP/LS terkait.
- b. Melakukan dan mengembangkan inovasi berkelanjutan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan primer.
- c. Menginformasikan program pelayanan kesehatan primer serta langkah-langkah yang harus dilakukan pada setiap jenjang administrasi dalam rangka mengembangkan dan meningkatkan program pelayanan kesehatan primer, kepada pemangku kepentingan terkait, antara lain:
 - 1) Pemahaman konsep penyelenggaraan dan pelayanan kesehatan primer, melalui sosialisasi dan advokasi kepada semua pemangku kepentingan di lingkungan pemerintah daerah, sektor kesehatan dan lintas sektor terkait.
 - 2) Pengkajian kebutuhan (*Need Assesment*)
 - 3) Advokasi & negosiasi kepada pengambil keputusan
 - 4) Penyusunan rencana kegiatan

- 5) Penyusunan Petunjuk Pelaksanaan (Juklak), Petunjuk Teknis (Juknis), Peraturan, dll
- 6) Peningkatan jumlah dan mutu Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan
- 7) Peningkatan sarana & prasarana
- 8) Pelaksanaan pelayanan kesehatan primer
- 9) Pengembangan kegiatan inovasi sesuai dengan kebutuhan dan lokal spesifik
- 10) Bimbingan teknis
- 11) Pendampingan/fasilitasi
- 12) Kerjasama Lintas Program/Lintas Sektor
- 13) Evaluasi

B. Keterkaitan Indikator dengan Kegiatan



Rencana aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer merupakan penjabaran dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan maupun Rencana Aksi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 2015-2019. Perencanaan ini memuat seluruh target kinerja yang akan dicapai dalam lima tahun ke depan. Target kinerja ini mempresentasikan nilai kuantitatif setiap indikator kinerja baik pada tingkat sasaran strategi maupun sasaran kegiatan yang mendukung indikator kinerja.

Rencana Kinerja ini berfungsi sebagai tolak ukur yang digunakan untuk menilai keberhasilan setiap periode satu tahun. Perencanaan Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dijabarkan dalam pokok kegiatan, kegiatan dan sub kegiatan yang masing-masing memiliki indikator keluaran. Penetapan target setiap indikator keluaran, harus memperhitungkan kemampuan pegawai, ketersediaan dana, dan waktu pelaksanaan serta analisis beban kerja.

C. Pemantauan dan Evaluasi

Sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, pemantauan dan evaluasi program kesehatan primer dilaksanakan secara berjenjang sesuai tingkat administrasi.

1. Pemerintah

Pemerintah Pusat, melalui Kementerian Kesehatan bertanggung jawab melakukan bimbingan dan evaluasi di bidang pelayanan kesehatan primer.

2. Pemerintah Provinsi

Provinsi, melalui Dinas Kesehatan Provinsi selaku perpanjangan tangan Kementerian Kesehatan, mengkoordinasikan serta membantu pengembangan program di kabupaten/ kota.

3. Pemerintah Kabupaten/Kota

Merupakan penanggung jawab pelaksanaan pelayanan kesehatan primer melalui berbagai kegiatan yang dikembangkan baik di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota maupun di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan masyarakat.

4. Kecamatan

Penanggungjawab kegiatan/program pelayanan kesehatan primer di wilayah kecamatan adalah Puskesmas, disesuaikan dengan wilayah kerjanya.

Sistem pemantauan dan evaluasi merupakan bagian dari Sistem Pengendalian Intern Pemerintahan yang telah ditetapkan melalui PP No.60 tahun 2008, dimana pemantauan tidak hanya pada proses pelaksanaan tetapi meliputi juga proses perencanaan. Sistem pelaporan kegiatan program pelayanan kesehatan primer, tidak terpisah dari program lain yang telah ada, karena program pelayanan kesehatan primer merupakan bagian dari pembangunan kesehatan dengan pendekatan yang disesuaikan dengan kondisi daerah.

BAB V

PEMBIAYAAN

Dana kegiatan yang dilaksanakan oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer bersumber dari DIPA Direktorat. Dukungan rutin untuk pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan primer di daerah diberikan melalui APBN yang didaerahkan (Dana Dekonsentrasi), dana perimbangan (Dana Alokasi Umum dan Dana Alokasi Khusus). Dukungan yang diberikan kepada daerah dengan memperhatikan:

1. Prioritas nasional:
 - a. Daerah perbatasan dengan negara tetangga
 - b. Daerah terpencil dan sangat terpencil
 - c. *Sustainable Development Goal's* (SDG's)
 - d. Kabupaten/kota dengan IPKM kurang 1 SD
 - e. Daerah rawan bencana/krisis
 - f. Daerah tertinggal
 - g. Daerah pariwisata
 - h. Daerah pesisir dan kepulauan

2. Daerah dengan kapasitas fiskal rendah

BAB VI

MONITORING DAN EVALUASI

Proses monitoring dan evaluasi Rencana Aksi diperlukan untuk memastikan pencapaian target dan sasaran Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer yang telah ditetapkan. Proses pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, khususnya Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

A. Monitoring

Monitoring adalah proses pengumpulan dan analisis informasi (berdasarkan indikator yang ditetapkan) secara sistematis dan berkesinambungan tentang program dan kegiatan sehingga dapat dilakukan tindakan koreksi untuk penyempurnaan program dan kegiatan selanjutnya.

B. Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian target kinerja dan pengungkapan masalah kinerja program dan kegiatan untuk memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja program.

Untuk membantu manajemen dalam melaksanakan kegiatan monitoring, evaluasi dan pengukuran kinerja secara terpadu sesuai dengan kebutuhan organisasi, diperlukan suatu proses penilaian terhadap hasil-hasil yang telah dicapai. Waktu pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara rutin sesuai kamus masing-masing indikator.

Pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditentukan sebelumnya termasuk efisiensi penggunaan sumber daya, kualitas, dan hasil kegiatan dibandingkan dengan output yang diinginkan, dapat dinilai dengan menggunakan *Tools Dashboard Information System*. Dengan menggunakan *tools dashboard* diharapkan pelaksanaan monitoring dan evaluasi bina upaya kesehatan dasar dapat dinilai secara terpadu untuk dijadikan dasar bagi perencanaan program selanjutnya

BAB VII

PENUTUP

Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian upaya Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dalam kurun waktu empat tahun (tahun 2020 - 2024) sehingga hasil pencapaiannya dapat diukur dan dipergunakan sebagai bahan penyusunan laporan kinerja tahunan Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer. Semoga upaya Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer sampai dengan tahun 2020 dapat lebih terarah dan terukur. Dalam kaitannya dengan pengukuran kinerja dan sebagai masukan bagi perencanaan selanjutnya, Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer 2020 – 2024 ini akan dievaluasi pada pertengahan (tahun 2022) dan akhir periode 5 tahun (tahun 2024) sesuai ketentuan yang berlaku.

Penyusunan Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer tahun 2020 – 2024 melibatkan *stakeholder* inti di lingkup Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer. Kepada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan Rencana Aksi ini diucapkan terima kasih. Tentunya Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer tahun 2020 – 2024 ini dapat dilaksanakan dan mencapai tujuannya, bila dilakukan dengan dedikasi yang tinggi dan kerja keras dari segenap pejabat dan staf di lingkungan Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer serta dukungan lintas program dan lintas sektor.

LAMPIRAN

KAMUS INDIKATOR

Kamus IKK 1

SASARAN STRATEGIS	Menguatnya Tata Kelola Manajemen Pelayanan Kesehatan dan Kolaborasi Publik-Swasta
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN (IKK)	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP swasta
DEFINISI	Persentase kabupaten/kota yang telah melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke klinik pratama atau praktik mandiri dokter yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku (meliputi standar rasio ketersediaan dokter dibanding jumlah kepesertaan, jumlah peserta maksimal, jumlah waktu praktik dokter dalam satu hari, kabupaten/kota telah tersosialisasi dan mendapatkan persetujuan dari kepala daerah setempat
FORMULA	Jumlah kabupaten/kota yang telah melaksanakan redistribusi kepesertaan dari satu atau lebih puskesmas ke klinik pratama atau paraktek mandiri yang telah bekerjasama dengan BPJS dibagi dengan jumlah kabupaten kota yang memenuhi ketentuan untuk dilakukan redistribusi kepesertaan .
TARGET KUMULATIF	Tahun 2020: - Tahun 2021: - Tahun 2022: 25 Persen Tahun 2023: 50 Persen Tahun 2024: 100 Persen Jumlah kumulatif Kab/ Kota yang telah tersosialisasi kriteria pelayanan di FKTP dan mendapatkan persetujuan dari kepala daerah di akhir tahun berjalan. Adapun Jumlah Kab/Kota tersebut menjadi target untuk pelaksanaan Redistribusi kepesertaan secara bertahap dari tahun 2022 sampai tahun 2024, (3 Tahun) 14 kab/kota.
PENANGGUNGJAWAB	Direktur Pelayanan Kesehatan Primer
SUMBER DATA	1. Sumber data berasal dari: a. BPJS Kesehatan b. Laporan dinas kesehatan kabupaten/kota; c. Laporan dinas kesehatan provinsi; d. SK Bupati/Walikota atau Dinas Kesehatan Kab/Kota terkait komitmen untuk melakukan redistribusi kepesertaan dari Puskesmas ke FKTP Lain. 2. Cara pengumpulan data: Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan kepada Kementerian Kesehatan.
FREKUENSI DAN WAKTU PENGUKURAN	Satu kali setahun diakhir tahun berjalan
PROGRAM KERJA STRATEGIS UNTUK MENINGKATAN CAPAIAN IKK	Penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan pada dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota
WAKTU PELAKSANAAN PROGRAM	Waktu pelaksanaan program disesuaikan dengan periode Renstra Kemkes tahun 2022-2024
POKOK KEGIATAN	Dukungan Peningkatan Transformasi Layanan Primer

PERATURAN PENDUKUNG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perpres No. 43 tahun 2014 tentang Rencana Kerja Pemerintah 2. Perpres No. 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 3. Permenkes Nomor 13 tahun 2022 Tentang Perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 4. Permenkes Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 5. Permenkes No. 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil 6. Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas 7. Panduan Pelayanan Kesehatan Bergerak
KEGIATAN	<p>Tahun 2020</p> <p>-</p> <p>Tahun 2021</p> <p>-</p> <p>Tahun 2022</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Model Implementasi Kolaborasi dan Intervensi Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP Rp. 900.000.000, 2. Koordinasi dalam Pengembangan Sistem Informasi Klinik, Rp. 300.000.000, 3. Fasilitasi dalam penerapan credensialing tenaga kesehatan di Puskesmas, Rp 669.578.000. 4. Koordinasi Pusat dan Daerah dalam rangka Persiapan Arus Mudik dan Natal 2022 dan Tahun Baru 2023, 591.546.000. 5. Advokasi dan Sosialisasi Pelayanan Kesehatan Primer, 7.400.000.000, 6. Workshop Penguatan Tata Kelola Klinik dalam Rangka Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Rp. 853.320.000 7. Workshop penguatan integrasi puskesmas dan FKTP lainnya, Rp. 733.800.000, 8. Workshop standar pelayanan kedokteran di fasilitas kesehatan tingkat pertama, Rp. 742.900.000, 9. Workshop Pembinaan Praktik Perorangan, Rp. 191.500.000, 10. Pedoman Tata Kelola Klinik dalam Rangka Meningkatkan Pelayanan Kesehatan, Rp. 293.436.000, 11. Juknis Program Rujuk Balik di FKTP, 150.000.000, 12. Regulasi dan Kebijakan Kolaborasi dan Integrasi Puskesmas dan FKTP Lain, Rp. 447.661.000, 13. Regulasi Pedoman Pelaksanaan JKN di Era Reformasi Sistem Kesehatan (Redistribusi Peserta JKN, KDK, Skrining, Penguatan Promotif Preventif FKTP), Rp. 543.850.000, 14. Revisi Pedoman Panduan Praktik Klinis, Rp. 364.760.000, 15. Pedoman Tata Kelola Klinis di Puskesmas, Rp. 148.460.000, 16. Laporan Implementasi Pelayanan Kedokteran Keluarga Layanan Primer, Rp 233.130.000, 17. Verifikasi pengawasan dan pembinaan perizinan dan registrasi FKTP, Rp. 401.500.000, 18. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer (Dekonsentrasi), Rp. 10.200.000.000. <p>Tahun 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi Pusat dan Daerah dalam rangka Persiapan Arus Mudik dan Natal 2023 dan Tahun Baru 2024 (LP), Rp.591.546.000 2. Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor Terkait Teknis

	<p>Perizinan dan Registrasi fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer (LP), Rp. 679.255.000,</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Koordinasi pembinaan FKTP dalam Penerapan Standar Pelayanan Kedokteran di FKTP (LP), Rp. 113.356.000, 4. Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor dalam Penguatan Edukasi Kesehatan di FKTP (LP), Rp. 396.986.000, 5. Koordinasi LP/LS redistribusi kepesertaan JKN (LP), Rp. 271.980.000, 6. Koordinasi Teknis Fasilitasi Perizinan dan Registrasi Fasyankes Primer dan Lainnya (LP), Rp. 442.809.000, 7. Advokasi dan Sosialisasi Pelayanan Kesehatan Primer, Rp. 7.400.000.000, 8. Workshop Perizinan dan Registrasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer (LP), Rp. 43.050.000, 9. Workshop redistribusi peserta JKN (LP), Rp.540.460.000, 10. Workshop Fasilitasi Pembinaan Teknis terkait Rujuk Balik (LP), Rp. 572.000.000, 11. Workshop clinical pathway di FKTP (LP), Rp. 731.962.000, 12. Pedoman Penilaian Kesesuaian Perizinan Berusaha Klinik (LP), Rp.240.513.000, 13. Pedoman Penyelenggaraan Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan (LP),Rp. 202.488.000, 14. Modul Pelatihan Clinical Pathway di FKTP (LP), Rp 244.110.000, 15. Pedoman Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional di FKTP (LP), Rp.248.970.000, 16. Reviu panduan praktik klinis di FKTP (LP), Rp 120.250.000, 17. Pedoman Pengelolaan Rujuk Balik (LP), Rp. 241.300.000, 18. Pedoman Penyelenggaraan Klinik (Fokus Pelayanan Unggulan: Kesehatan Gigi dan Mulut, Pelayanan Aesthetic Medicine, dan Pelayanan Medik Spesialistik Jantung) (LP), Rp. 970.314.000, 19. Implementasi clinical pathway di FKTP (LP), Rp. 290.450.000, 20. Penilaian Kesesuaian Perizinan Berusaha Klinik dalam Kewenangan Pusat (LP), Rp. 600.000.000, 21. Pengawasan Implementasi Perizinan dan Registrasi Fasyankes Primer dan Lainnya (LP), Rp.462.000.000, 22. Monitoring dan Evaluasi Penggunaan Panduan Praktik Klinis di FKTP (LP), Rp. 235.200.000, 23. Workshop Fasilitasi Integrasi Layanan FKTP Lain (LP), Rp. 572.750.000, 24. Juknis Integrasi Pelayanan Puskesmas dan FKTP Lain (LP), Rp. 241.850.000, 25. implementasi integrasi pelayanan Puskesmas dan FKTP lain (LP), 314.520.000, <p>Tahun 2024</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi Teknis Fasilitasi Perizinan dan Registrasi Fasyankes Primer dan Lainnya (LP) Rp.624.936.000,- 2. Koordinasi Fasilitasi Implementasi Rekam Medis Elektronik di Fasyankes Primer dan Lainnya (LP) Rp.679.580.000,- 3. Koordinasi Teknis antara Pusat dan Daerah terkait Penerapan Pedoman Rujuk Balik di FKTP (LP) Rp.473.987.000,- 4. Koordinasi Pembinaan FKTP dalam penerapan standar pelayanan klinik di FKTP (LP) Rp.168.646.000,- 5. Koordinasi LP/LS Penguatan Pelayanan Klinis di FKTP (KKLP, Gilut, dll) (LP) Rp.123.000.000,- 6. Koordinasi Pusat dan Daerah dalam rangka Persiapan Arus
--	---

	<p>Mudik dan Natal Tahun 2024 dan Tahun Baru 2025, Rp. 593.720.000,-</p> <p>7. Koordinasi LP/LS Redistribusi Kepesertaan JKN (LP) Rp.493.890.000,-</p> <p>8. Advokasi dan Sosialisasi Pelayanan Kesehatan Primer Rp.9.069.000.000,-</p> <p>9. Sosialisasi NSPK Standarisasi Klinis FKTP (LP) Rp.67.651.000,-</p> <p>10. Workshop Redistribusi Peserta JKN (LP) Rp.44.100.000,-</p> <p>11. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Perizinan dan Registrasi Klinik (LP) Rp.248.470.000,-</p> <p>12. Pedoman Penyelenggaraan Klinik (LP) Rp.483.096.000,-</p> <p>13. Pedoman Penyelenggaraan Rumah Perawatan (LP) Rp.248.730.000,-</p> <p>14. Pedoman Pelayanan Rujuk Balik di FKTP (LP) Rp.232.388.000,-</p> <p>15. Penyusunan Kurikulum dan Modul Pelatihan Paliatif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (LP) Rp.250.000.000,-</p> <p>16. Review Panduan Praktik Klinis Dokter di FKTP (LP) Rp.129.500.000,-</p> <p>17. Penyusunan Pedoman Pelayanan Kesehatan Primer dan Jaminan Kesehatan (LP) Rp.248.956.000,-</p> <p>18. Penilaian Kesesuaian Perizinan Berusaha Klinik dalam Kewenangan Pusat (LP) Rp.254.886.000,-</p> <p>19. Pengawasan dan Pembinaan Implementasi Perizinan dan Registrasi Fasyankes Primer dan Lainnya (LP) Rp.285.400.000,-</p> <p>20. Penilaian kemampuan FKTP dalam penerapan PPK dokter di FKTP (LP) Rp.440.012.000,-</p> <p>21. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Standarisasi Klinis di FKTP (LP) Rp.235.000.000,-</p> <p>22. Pembinaan, Pengawasan, dan Pelaksanaan Evaluasi Pelayanan Kesehatan Primer Lain dan Jaminan Kesehatan (LP) Rp.301.200.000,-</p> <p>23. Implementasi Care Pathway di FKTP (LP) Rp.564.098.000,-</p> <p>24. Koordinasi Teknis antara Pusat dan Daerah terkait Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP Lain (LP) Rp.1.216.429.000,-</p> <p>25. Pemantauan Kesesuaian dan Evaluasi Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP Lain (LP) Rp.518.810.000,-</p> <p>26. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Integrasi Pelayanan Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP Lain (LP) Rp.223.832.000,-</p>
--	--

Kamus IKK 2

SASARAN STRATEGIS	Terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan di FKTP
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN (IKK)	Persentase FKTP dengan rasio rujukan non spesialisistik < 2%
DEFINISI	Persentase Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan melaksanakan PKBK (Pemenuhan Kapitasi Berbasis Kinerja) dengan rasio rujukan kasus non spesialisistik di rawat jalan \leq 2% pada akhir tahun berjalan.
FORMULA	(Jumlah Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan melaksanakan PKBK dengan Rasio rujukan kasus non spesialisistik di rawat jalan kurang dari atau sama dengan 2% pada akhir tahun berjalan /Jumlah seluruh Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan melaksanakan PKBK pada akhir tahun berjalan) x 100%
TARGET KUMULATIF	<p>2020: 40%</p> <p>2021: 50%</p> <p>2022: 60%</p> <p>2023: 80%</p> <p>2024: 100%</p> <p>Dasar perhitungan target:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasio Rujukan Non Spesialistik \leq 2% merupakan salah satu indikator penilaian PKBK yang saat ini diusulkan oleh BPJS Kesehatan dan IDI. 2. Dasar penetapan RNS \leq 2% yaitu: Data BPJS bulan Desember tahun 2018 bahwa Rasio Rujukan Non Spesialistik pada FKTP yang melaksanakan PKBK sebesar 5,70% (Kesepakatan peer review 1,55%, TACC 0,9% dan diluar peer review 3,22%) 3. Dasar penetapan Persentase FKTP dengan RNS \leq 2% di tahun 2020 sebesar 40% yaitu berdasarkan data Puskesmas yang terakreditasi dengan status madya, utama & paripurna di bulan Desember tahun 2018 sebesar 3847 Puskesmas (38% dari total keseluruhan jumlah Puskesmas, 9993 Puskesmas). Sehingga target untuk tahun 2020 sebesar 40%, dengan pertimbangan semua Puskesmas yang sudah terakreditasi madya, utama & paripurna memiliki kelengkapan sarana, prasarana, alat kesehatan, & SDM yang dapat mendukung tercapainya RNS \leq 2% 4. Kenaikan target setiap tahunnya 10% dan 20%, disesuaikan dengan rata-rata peningkatan proporsi pendanaan anggaran Dit. Yankes Primer setiap tahun.
PENANGGUNGJAWAB	Direktur Pelayanan Kesehatan Primer (Timker Standarisasi Klinis)
SUMBER DATA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data Puskesmas di Kementerian Kesehatan 2. Hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada aplikasi P care 3. Laporan Dinas Kesehatan kab/Kota/Provinsi Hasil Monitoring evaluasi ke provinsi/kabupaten/kota
FREKUENSI DAN WAKTU PENGUKURAN	Satu tahun sekali dan dilakukan pada bulan Desember setiap tahun berjalan.

PROGRAM KERJA STRATEGIS UNTUK MENINGKATKAN CAPAIAN IKK	Pembinaan dan pengawasan pada dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.
WAKTU PELAKSANAAN PROGRAM	Waktu pelaksanaan program disesuaikan dengan periode Renstra Kemkes tahun 2022–2024
POKOK KEGIATAN	
PERATURAN PENDUKUNG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Kesehatan republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang-undang nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah; 3. Undang-Undang Kesehatan republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 4. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional; 5. Peraturan Presiden Nomor 2 tahun 2015 tentang RPJMN 2015-2019 6. Peraturan Presiden RI Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015 – 2019; 7. Peraturan Pemerintah Nomor 90 Tahun 2010 (Lembaran Negara RI Tahun 2010 Nomor 152, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5178) tentang Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga (RKA-KL); 8. Peraturan Pemerintah No 47 tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran; 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan; 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas 13. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.02.02/MENKES/1186/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di FKTP 14. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.02.02/MENKES/1936/2022 tentang Perubahan KMK No HK.02.02/MENKES/1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di FKTP 15. Peraturan PBJN Nomor 7 Tahun 2019 tentang petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pelayanan di FKTP
KEGIATAN	<p>Tahun 2022</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan Workshop Standar Pelayanan Kedokteran di FKTP, Rp. 770.000.000. 2. Workshop Tatalaksana Kasus Rujukan Non Spesialistik di FKTP di daerah (Dekonsentrasi) 6.060.753.000 <p>Tahun 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Workshop Tatalaksana Kasus Rujukan Non Spesialistik di FKTP di daerah, Rp. 6.120.753.000 <p>Tahun 2024</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Workshop Tatalaksana Kasus Rujukan Non Spesialistik di FKTP di daerah , Rp. 6.220.753.000,



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Jakarta 12950
Telepon: (021) 5201590 (*Hunting*), Faksimile: (021) 5261814, 5203872
Website: www.yankes.kemkes.go.id



NOTA DINAS

NOMOR : JP.02.01/D.III.5/0711/2023

Yth. : Direktur Pelayanan Kesehatan Primer Kemenkes
Dari : Ketua Tim Kerja Pelayanan Kesehatan Primer Lain dan Jaminan Kesehatan
Hal : Lokus Redistribusi Kepesertaan JKN
Tanggal : 11 Desember 2023

Sehubungan dengan hasil evaluasi akuntabilitas kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Tahun 2022, catatan evaluasi di point 1 dan 2 pada Perencanaan Kinerja: indikator kinerja kegiatan belum spesifik dan attainable, salah satu penyebabnya adalah belum dimasukkan secara detail lokus yang menjadi target indikator kinerja kegiatan ke dalam rencana aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, sehubungan dengan hal tersebut kami sampaikan 14 lokus yang menjadi target kinerja kegiatan (terlampir).

Atas perhatian Bapak, kami ucapkan terima kasih dan mohon arahan selanjutnya.

Ketua Tim Kerja Pelayanan Kesehatan
Primer Lain dan Jaminan Kesehatan,



dr. GITA SWISARI, M.K.M

Lampiran Surat Tugas
Nomor : JP.02.01/D.III.5/0711/2023
Tanggal: 11 Desember 2023

DAFTAR LOKUS REDISTRIBUSI KEPESERTAAN JKN

No	Nama Kabupaten
1	Kabupaten Bangli
2	Kabupaten Buleleng
3	Kabupaten Brebes
4	Kabupaten Lampung Timur
5	Kabupaten Subang
6	Kabupaten Maros
7	Kota Makassar
8	Kabupaten Gowa
9	Kabupaten Cilacap
10	Kota Administrasi Jakarta Barat
11	Kabupaten Ogan Komering Ilir
12	Kabupaten Jember
13	Kabupaten Bojonegoro
14	Kabupaten Gresik

Ketua Tim Kerja Pelayanan Kesehatan
Primer Lain dan Jaminan Kesehatan,



dr. GITA SWISARI, M.K.M

TIM PENYUSUN

dr. Yanti Herman, SH, MH; dr. Ganda Raja Partogi Sinaga, MKM; dr. Adi Pamungkas; Sarto,
S.Kom, MKM, dr. Upik Rukmini, MKM, dr. Gita Swisari, MKM

KONTRIBUTOR

Dadang Supardiman, SE, Subli, S.Kom, M.Eng, Marwiah, SAP, Shifa Zakia, SKM-