

RENCANA AKSI
DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI
PELAYANAN KESEHATAN
TAHUN 2016 - 2019

Direktorat Mutu dan Akreditasi
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
Kementerian Kesehatan R.I

KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat-Nya Rencana Aksi (Renaksi) Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan ini dapat tersusun.

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, merupakan salah satu unit Eselon II di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang berdiri sejak 1 Januari 2016 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64/Menkes/Per/IX/2015. Rencana Aksi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan disusun sebagai acuan (*guidance*) di tingkat unit eselon II dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan dalam kurun waktu lima tahun ke depan, sehingga hasil pencapaiannya terukur dan dipergunakan sebagai bahan penyusunan laporan kinerja tahunan **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan. Rencana Aksi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, disusun dengan merujuk pada Rencana Aksi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 2015-2019, dengan visi yang ditetapkan yaitu “Akses pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat”, yang juga merupakan penjabaran dalam melaksanakan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, dengan visinya "Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong".**

Rencana Aksi **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, juga merupakan alat ukur yang dapat digunakan** sebagai bahan penyusunan laporan kinerja tahunan **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan,**

Dalam Rencana Aksi **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2015-2019** ini terdapat berbagai sasaran strategis dan ukuran keberhasilan kunci yang tujuan utamanya untuk penyempurnaan (penguatan) mutu kelembagaan **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.** Tantangan dalam penguatan mutu kelembagaan di periode tahun 2015-2019 adalah kemampuan untuk mengintegrasikan Rencana Aksi **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan,** pengendalian kinerja,

anggaran dan manajemen kinerja di berbagai lapisan dan fungsi organisasi **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan**, Untuk mengatasi tantangan strategis tersebut, tahapan-tahapan pengendalian kinerja perlu dilakukan demi tercapainya berbagai sasaran strategis Rencana Aksi **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan**, tahun 2015-2019. Tahapan pengendalian kinerja tersebut yaitu :

1. Tahapan Kontrak Kinerja,
2. Tahapan Pemantauan,
3. Tahapan Dialog Kinerja,dan
4. Tahapan Manajemen Kinerja.

Seiring dengan perubahan struktur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan, **Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan**, mempunyai peran yang sangat strategis dan sekaligus merupakan tugas berat yang harus kita pikul bersama. Perencanaan yang matang dan tidak asal-asalan harus tercermin dalam dokumen Rencana Aksi ini. Berbagai permasalahan, dinamika perubahan dan strategi pelaksanaan kegiatan harus tertata dengan baik sehingga target yang ditetapkan dapat tercapai sesuai dengan harapan kita bersama. Jangan sampai terjadi perbedaan antara yang tertuang dalam Rencana Aksi dengan pelaksanaan di lapangan. Kita sendiri yang merencanakan dan membuat target-target kinerja, maka kita pula yang bertanggung jawab untuk melaksanakannya.

Pada kesempatan ini, perkenankan saya menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi sehingga selesainya Rencana Aksi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan. Semoga Rencana Aksi ini bermanfaat bagi kemajuan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Jakarta,

Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan



dr. Eka Viora, Sp.KJ

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Analisis Situasi	2
C. Kondisi Internal Organisasi	6
D. Tantangan dan Isu Strategis Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan	11
BAB II ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS	13
A. Visi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan	13
B. Misi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan	13
C. Analisis SWOT	14
D. Sasaran Strategis	16
E. Arah Kebijakan	17
BAB III.TARGET KINERJA DAN KEGIATAN PRIORITAS	18
BAB IV. KERANGKA IMPLEMENTASI RENCANA AKSI DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN	20

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Visi dan misi Presiden RI dalam 9 Nawacita, Kementerian Kesehatan mempunyai tugas berkontribusi dalam agenda ke-5, yaitu untuk mewujudkan manusia yang mandiri dan sehat. Cita – cita program Indonesia Sehat yang dalam rencana strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan diwujudkan dalam penguatan Kesehatan yang diharapkan menghasilkan keluarga sehat. Dalam Renstra tersebut ada 3 pilar, yaitu: 1). Paradigma sehat, 2). Penguatan Pelayanan Kesehatan, dan 3). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Adapun dalam pilar penguatan pelayanan kesehatan diwujudkan dalam program peningkatan akses dan mutu dengan penerapan pendekatan *Continuum of Care* dan intervensi berbasis kesehatan (*Health Risk*).

Dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dinyatakan bahwa Upaya kesehatan dilakukan melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)2015 - 2019 (Perpres No. 2 Tahun 2015) salah satu sasaran pokok pembangunan bidang kesehatan adalah **meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan primer dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan**. Indikator keberhasilan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan ditunjukkan dengan membaiknya berbagai indikator pembangunan SDM, seperti meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, serta menurunnya kesenjangan antar individu, antar kelompok masyarakat, dan antar daerah. Strategi untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan adalah penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan melalui akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas dan

Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya termasuk laboratorium kesehatan, klinik utama, Unit Tranfusi Darah (UTD) dan lain-lain).

Dalam menjamin penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat, kementerian kesehatan telah melakukan berbagai upaya evaluasi baik secara langsung melalui kegiatan Penyusunan NSPK, Bimbingan Teknis, serta Monitoring dan Evaluasi; maupun secara tidak langsung bekerja sama dengan lembaga independen melalui kegiatan akreditasi fasyankes. Upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui akreditasi telah dilaksanakan sejak tahun 1991 (akreditasi Rumah Sakit) dan Tahun 2015 (Akreditasi Puskesmas). Dengan akreditasi, diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan pemberi layanan dalam pelaksanaan standar pelayanan baik dalam bidang administrasi manajemen, upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan sehingga dapat tercipta peningkatan kualitas pelayanan yang berkesinambungan. Namun demikian, disadari bahwa meskipun Rumah Sakit/Puskesmas tertentu telah diakreditasi, seiring dengan perkembangan IPTEK yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat masih belum optimal. Oleh karena itu pencapaian akreditasi tidak dapat hanya diukur dengan diterimanya sertifikat pengakuan *terakreditasi* tetapi perlu dibarengi dengan upaya perbaikan-perbaikan kualitas pelayanan yang dilaksanakan secara terus menerus.

B. Analisis Situasi

Upaya penjaminan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan saat ini adalah melalui akreditasi. Pelaksanaan akreditasi fasilitasi pelayanan kesehatan tergambar dalam uraian berikut:

a. Akreditasi FKTP

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), pasal 39 menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Puskesmas wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Dengan telah ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) telah memiliki suatu alat ukur terhadap kepatuhan pelaksanaan standar pelayanan yang diamanatkan pada PMK No. 9 tahun 2014 tentang Klinik, PMK No. 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis

bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer, dan PMK No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Dengan telah ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) telah memiliki suatu alat ukur terhadap kepatuhan pelaksanaan standar pelayanan yang diamanatkan pada PMK No. 9 tahun 2014 tentang Klinik, PMK No. 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer, dan PMK No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Untuk peningkatan kualitas di fasilitas kesehatan primer, pada tahun 2015 dari target capaian 350 puskesmas terakreditasi baru dicapai 93 puskesmas terakreditasi. Target ini tidak tercapai karena pada tahun 2015, fokus kegiatan diarahkan pada penyiapan penunjang akreditasi puskesmas seperti penyusunan NSPK terkait akreditasi Puskesmas, penyiapan surveior dan pendamping akreditasi melalui kegiatan pelatihan pendamping dan surveior, serta penyiapan instrumen pendukung lainnya dilakukan bersamaan. Kegiatan survei baru dimulai setelah ada pendamping, dan surveior serta setelah dilaksanakannya pendampingan. Kendala lainnya adalah surveior yang sudah dilatih dari lintas program tidak semua dapat ditugaskan karena adanya kesibukan untuk menyelesaikan tupoksi masing-masing; pengusulan survei menumpuk di akhir tahun; kinerja Komisi akreditasi FKTP yang belum optimal karena belum tersedianya ruangan khusus untuk komisi akreditasi fkt, serta pendataan akreditasi yang masih manual karena belum dikembangkannya sistem informasi.

b. Akreditasi Rumah sakit

Dasar hukum pelaksanaan akreditasi rumah sakit, mengacu pada Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mengamanatkan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib akreditasi 3 thn sekali terakreditasi berkala. Penjelasan lebih detil diuraikan dalam Permenkes Nomor 12 tahun 2012, pasal 16 yang mengamanatkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib mendukung, memotivasi, mendorong dan memperlancar proses pelaksanaan Akreditasi untuk semua Rumah Sakit.

Sebagai upaya mendukung pelaksanaan akreditasi rumah sakit, Kementerian Kesehatan melalui SK Menkes No 407 tahun 2015, menetapkan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi di Indonesia adalah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) untuk akreditasi Nasional dan *Joint Commission International* (JCI) untuk akreditasi Internasional.

Seiring dengan penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi masyarakat Indonesia, dan dalam rangka memberikan perlindungan kepada masyarakat untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan yang berkualitas dalam kerangka JKN, kementerian Kesehatan mengeluarkan Permenkes No. 99/2015 dan revisi Permenkes No. 71/2013 yang mengisyaratkan bahwa RS yang ingin bekerjasama dengan BPJS harus memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam proses kredensial. Oleh karena itu, masa peralihan untuk memenuhi kriteria ini ditetapkan selama 5 tahun. Sehingga, diharapkan paling lambat pada Desember 2018, seluruh RS yang bekerja sama dengan BPJS sudah terakreditasi.

Untuk peningkatan kualitas di fasilitas kesehatan rujukan pada tahun 2010 – 2014 telah dicapai sebanyak 1.227 RS telah terakreditasi nasional menggunakan instrumen akreditasi versi 2007. Sejak diberlakukan Standar Akreditasi versi 2012 sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 tahun 2012 dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), maka kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui Akreditasi RS lebih diutamakan pada sosialisasi, dan bimbingan teknis penerapan standar akreditasi baru. Dengan kondisi tersebut, maka RS yang telah mampu melaksanakan Akreditasi RS versi 2012 baru 59 RS yang terdiri 10 RS Pemerintah dan 49 RS Swasta.

Selain Akreditasi Nasional, hingga tahun 2015 telah tercatat 18 RS berhasil tersertifikasi internasional JCI yang terdiri dari 7 RS Pemerintah dan 11 RS Swasta. Peningkatan mutu RS secara langsung akan diikuti dengan peningkatan kualitas layanan sehingga pada tahun mendatang harus diupayakan secara masif peningkatan jumlah RS yang terakreditasi. Saat ini, Kementerian Kesehatan juga sedang menyiapkan akreditasi Puskesmas untuk memastikan kualitas layanan di Puskesmas sesuai standar mutu yang ditentukan. Tugas peningkatan akses dan mutu fasilitas kesehatan dasar dan rujukan ini merupakan tugas utama Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

c. Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain

Selain rumah sakit dan puskesmas, penjaminan mutu terhadap pelayanan kesehatan juga perlu dilakukan terhadap pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan penunjang lainnya yang termasuk pada kelompok fasilitas kesehatan tingkat primer dan fasilitas kesehatan rujukan, seperti Balai Kesehatan, Laboratorium Kesehatan, Pelayanan Darah (UTD), Pelayanan Kesehatan di Klinik Utama atau klinik Calon Tenaga Kerja Indonesia (CTKI), Praktik Mandiri (Perawat, Bidan, Fisioterapi) dan pelayanan kesehatan lainnya.

Trend tuntutan terhadap jaminan mutu pelayanan kesehatan oleh masyarakat saat ini merupakan hal yang tidak dapat dihindari. Upaya yang menjamin kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur antara lain melalui akreditasi.

Kelompok fasilitas pelayanan kesehatan lain yang relatif lebih maju dan telah dilakukan akreditasi adalah pelayanan laboratorium kesehatan dengan merujuk pada Kepmenkes No. 298 Tahun 2008 tentang Pedoman Akreditasi Laboratorium Kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan lain di luar laboratorium kesehatan masih terfragmentasi dan pengembangannya belum mendapat perhatian yang maksimal. Dampaknya, pengembangan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, terkadang cenderung hanya mengacu pada program-program yang menjadi pembinaanya (jika ada), atau pun sesuai dengan kerangka pengembangan yang dibuat oleh masing-masing institusi sesuai kebijakan *stakeholder* terkait.

Upaya pembinaan dan pengawasan serta kendali mutu pemeriksaan laboratorium kesehatan oleh pemerintah sampai dengan tahun 2015 belum optimal dilakukan. Jaminan mutu hasil pemeriksaan yang dilakukan banyak diadopsi dan dilaksanakan oleh laboratorium kesehatan umumnya mengacu pada ISO 17025 dan ISO 15189. Oleh karena itu, sebagai upaya memaksimalkan kontrol pemerintah terhadap mutu hasil pemeriksaan dan mutu pengelolaan laboratorium kesehatan, Kementerian Kesehatan pada tahun 2008 mengeluarkan Kepmenkes nomor 298/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Akreditasi Laboratorium Kesehatan, yang mengatur pelaksanaan akreditasi laboratorium kesehatan. Hal ini kemudian dikuatkan dalam Permenkes nomor 411 tahun 2010 tentang laboratorium klinik, yang dikatakan bahwa laboratorium klinik mempunyai kewajiban mengikuti akreditasi Laboratorium yang diselenggarakan oleh Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan (KALK) setiap 5 (lima) tahun. Akreditasi Laboratorium Kesehatan diselenggarakan oleh Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan (KALK) sesuai dengan Permenkes 1435 tahun 2011 tentang Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan.

Namun demikian, sampai dengan akhir tahun 2015 pelaksanaan akreditasi laboratorium tidak berjalan sesuai dengan harapan. Dari data yang ada, akreditasi laboratorium kesehatan juga belum dimasukkan dalam indikator capaian kinerja dan juga target capaian kinerja yang tertuang dalam renstra kementerian kesehatan.

Sebagai upaya memaksimalkan kinerja dan capaian akreditasi laboratorium kesehatan, pada tahun 2014/2015 telah disusun roadmap akreditasi laboratorium kesehatan. Dari target capaian kinerja yang ditetapkan pada tahun 2015, pencapaian target akreditasi laboratorium kesehatan masih jauh dari yang diharapkan. Data KALK sampai bulan Desember tahun 2015, laboratorium yang telah terakreditasi oleh KALK berjumlah 43 laboratorium dari 1200 laboratorium mandiri (3.58 %). Tidak ada data pasti tentang kendala dan permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan akreditasi laboratorium kesehatan ini.

Selain akreditasi laboratorium, akreditasi juga perlu diwacanakan untuk dilakukan di beberapa bentuk fasilitas pelayanan kesehatan lain seperti Unit Pelayanan Darah (UTD), Klinik Utama, Balai Kesehatan, Praktik mandiri tenaga kesehatan (Praktik Mandiri Perawat, Bidan dan Fisiotherapy), dan fasilitas pelayanan kesehatan lain. Namun demikian, sejauh mana urgency pelaksanaan akreditasi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan tersebut masih memerlukan penelusuran data secara lebih mendalam yang disesuaikan dengan *core bisnis* masing-masing.

C. Kondisi Internal Organisasi

a. Struktur Organisasi

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan merupakan salah satu Direktorat yang berada dibawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI yang dibentuk berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64/Menkes/Per/IX/2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, memiliki peran penting dalam mewujudkan pencapaian strategi diatas. Sesuai tugas dan fungsinya telah merencanakan, melaksanakan kegiatan, melakukan pemantauan yang terarah, dan mengerahkan berbagai upaya dengan sebaik-baiknya serta dipertanggungjawabkan Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional, dan merupakan investasi untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, mendukung pembangunan ekonomi, serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Nomor 64/Menkes/Per/IX/2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan **sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun**

2013, Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan teknis administrasi kepada semua unsur di lingkungan Direktorat Jenderal. Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria dan pemberian bimbingan teknis serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Untuk melaksanakan tugas dan fungsi tersebut, Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terdiri atas :

- a. Penyiapan perumusan kebijakakan di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan dan pelayanan kesehatan lainnya;
- b. Penyiapan pelaksanaan kebijakan di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan pelayanan kesehatan lainnya;
- c. Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan dan pelayanan kesehatan lainnya;
- d. Penyiapan bimbingan teknis dan supervisi di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan pelayanan kesehatan lainnya;
- e. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan pelayanan kesehatan lainnya;
- f. Pelaksanaan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

Dalam rangka lebih memaksimalkan kinerja subdit Mutu dan Akreditasi pelayanan kesehatan lain dan untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja kementerian Kesehatan, fokus area fasyanskes yang ditangani di lingkungan Direktorat Mutu dan Akreditasi pelayanan kesehatan dengan 3 (tiga) subdit didalamnya adalah sebagai berikut:

- Subdit Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Primer (MAP) fokus menangani Mutu dan Akreditasi di Puskesmas, Praktik dokter dan Praktik dokter gigi
- Subdit Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Rujukan (MAR) fokus menangani Mutu dan Akreditasi di Rumah Sakit
- Subdit Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lain fokus menangani Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan di fasilitas kesehatan yang tidak ditangani oleh subdit MAP dan MAR yaitu, antara lain Pelayanan Laboratorium (Lab Mandiri (pemerintah & swasta), Pelayanan Darah (UTD), Balai (BBLK, BPFK, BTKL), Klinik

(Klinik utama (termasuk Klinik CTKI), Klinik komplementer, Klinik KKP), dan Praktik Mandiri (perawat, Bidan dan Fiotherapy)

**STRUKTUR ORGANISASI
DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN**



Gambar 1 : Struktur Organisasi Direktorat Mutu & Akreditasi Ditjen.Pelayanan Kesehatan

b. Sumber Daya Manusia

Jumlah Pegawai pada Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan per 1 Januari 2016 sebanyak 67 orang, dengan perincian sebagai berikut :

**DAFTAR PEGAWAI
DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN**

NAMA		JENIS KELAMIN	NIP	JABATAN	PANGKAT	GO L.
1.	dr. Eka Viora, Sp.KJ	P	195806301987092001	Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan	Pembina Utama Madya	IV/d
BAGIAN TATA USAHA						
1.	Dra. Akas Yekti Angembani	P		Kepala Sub Bagian Tata	Penata Tk.I	III/d

				Usaha		
2.	Rosna Yusuf, S.Sos	P	196209191984012001	Penata Laporan Keuangan	Penata Tk.I	III/d
3.	I.G.A.P Aditya Mahendra, ST	L	197707202000031001	Pengelola BMN	Penata Tk.I	III/d
4.	Meiske Roosje Threesje Kairupan	P	195905071982032001	Analisis kepegawaian Penyelia	Penata Tk.I	III/d
5.	Aning Herawati Ningsih, S.Sos	P	196602131990032001	Penata Laporan Keuangan	Penata Tk.I	III/d
6.	Sri Dwi Budiarti, S.IP, MM	P	196905111991032001	Penata Laporan Keuangan	Penata Tk.I	III/d
7.	Siti Fatimah, S.Sos	P	196201011983022001	Fungsional Pranata Humas Penyelia	Penata Tk.I	III/d
8.	Hani Anggoro, S.P.Si	P	197701012003122003	Administrator Kesehatan	Penata	III/c
9.	Sudarnyoto, SE	L	196309271984011001	Arsiparis Pemula	Penata	III/c
10.	Marlina Napitupulu	P	196205201982032002	Pengadministrasi Umum	Penata Muda Tk.I	III/b
11.	Suharno	L	196106151985031005	Pengolah Data	Penata Muda Tk.I	III/b
12.	Angraitorini Kusumo Wardani, S.Kom	P	198106062006042001	Perencana	Penata Muda Tk.I	III/b
13.	Doni Simangunsong, S.Kom, MKM	L	197602052006041003	Perencana	Penata Muda	III/a
14.	Sari Wijiyastuti, Amd	P	197801012010122001	Arsiparis Pemula	Pengatur Tk.I	II/d
15.	Darwanto	L	195906141990031001	Pengelola BMN	Penata Muda Tk.I	III/b
16.	Surya A. Kusuma, S.Kom	L		Honorar		
17.	Nurhaini Fibiyantri, SE	P		Honorar		
18.	Roy Artama Saragi, Amd	L		Honorar		
19.	Upi Palupi	P		Honorar		
20.	Ofita Setyawati	P		Honorar		
21.	Marimun	L		Honorar		
22.	Nurhadi	L		Honorar		

SUBDIT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER						
1.	dr. K.M. Taufik, MMR	L	196709181993022001	Kepala Subdit Mutu & Akreditasi Yankes Primer	Pembina	IV/a
2.	drg. Dewi Kartini Sari, M.Kes	P	196805201993122001	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Kesehatan Prim	Pembina	IV/a
3.	dr. Bertha Pasaribu	P	197305042005012001	Administrator Kesehatan	Penata Tk.I	III/d
4.	Ida Ayu Citarasmi, S.SiT	P	196009021987032001	Administrator Kesehatan	Penata Tk.I	III/d
5.	Indi Susanti, SKM	P	197910142003122003	Administrator Kesehatan	Penata	III/c
6.	dr. Ernawati Atmanintyas	P	198507042010122003	Administrator Kesehatan	Penata Muda Tk.I	III/b
7.	Sri Sumariyah	P	195901271983032001	Verifikator Keuangan	Penata Muda Tk.I	III/b
8.	dr. Dewi Irawati, MKM	P	198103162008012017	Kepala Seksi Akreditasi Pelayanan Kesehatan	Penata Tk.I	III/d

				Primer		
9.	Rury Purwandani, SP	P	198306162006042002	Administrator Kesehatan	Penata	III/c
10.	dr. Mugi lestari	P	198105302010012011	Administrator Kesehatan	Penata	III/c
11.	Meily Arovi Qulsum, SKM	P	198105062003122005	Administrator Kesehatan	Penata Muda Tk.I	III/b
12.	Tanti Oktriani, S.Kep	P	197610261996032001	Administrator Kesehatan	Penata Muda Tk.I	III/b
13.	Drs. Supriyadi	L	196306241984031001	Pengelola BMN	Penata Muda Tk.I	III/b
14.	Ikkal Januar, Amd	L		Honorar		
15.	Nur Hazrina, SE	P		Honorar		
16.	Hadi Nugroho, SE	L		Honorar		
SUBDIT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN						
1	dr. B. Eka Anoegrahi Wahjoeni, M.Kes	P	196106111988022001	Kasubdit Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lainnya	Pembina Tk.I	IV/b
2	dr. Andi Arjuna Sakti, SH., MPH	L	196602282002121002	Kasi Subdit Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	Pembina	IV/a
3	dr. Amy Rahmadanty	P	197908062009122001	Administrator Kesehatan	Penata	III/c
4	dr. Yosephine Ayu Savitri	P	196101031989112001	Administrator Kesehatan	Pembina Tk.I	IV/b
5	dr. Adi Rahmat, M.Kes	L	196310072000121002	Administrator Kesehatan	Pembina	IV/a
6	Kanisius Maturbongs, SKM	L	197011021993031006	Administrator Kesehatan	Penata Muda Tk.I	III/b
7	Wati Mekarsari, Amd.OT	P	197607282010122001	Administrator Kesehatan	Pengatur Tk.I	II/d
8	dr. Desriana Elizabeth Ginting	P	197012012002122002	Kasi Subdit Akreditasi Pelayanan Kesehatan Rujukan	Penata Tk.I	III/d
9	dr. Polii Heintje	L	197203112005011001	Administrator Kesehatan	Penata Tk.I	III/d
10	dr. Lisbet Mery Tambunan, MPH	P	197104212006042007	Administrator Kesehatan	Penata Tk.I	III/d
11	dr. Indri Sari	P	198104162008122000	Administrator Kesehatan	Penata	III/c
12	Drs. Emil Novyadi, M.Kes	L	196311181989031002	Administrator Kesehatan	Pembina	IV/a
13	Elita Sinaga	L	196909041991032001	Pengolah Data	Penata Muda Tk.I	III/b
14	Mugi Lestari, Amd	P	197404301994032001	Pengolah Data	Penata Muda Tk.I	III/b
15	Andri Maulana Usman, SE	L		Honorar		
SUBDIT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN LAINNYA						
1.	drg. Risma Sitorus, MPPM	P	196812011993122001	Kasubdit Mutu dan Akreditasi Yankes Lainnya	Pembina Tk.I	IV/b
2.	Siti Romlah, SKM., MKM	P	196912291990032006	Kasi Subdit Mutu Pelayanan Kesehatan Lainnya	Penata Muda Tk.I	III/d

3.	drg. Frita Wiraswati	P	198106232010012013	Administrator Kesehatan	Penata Muda Tk.I	III/b
4.	Ratu Intang Manyereang, S.ST.FT, SKM, MKM	P	197011251993032001	Administrator Kesehatan	Penata Tk.I	III/d
5.	Iin Musriani Maftukhah, SKM	P	198602222010122001	Administrator Kesehatan	Penata Muda Tk.I	III/b
6.	dr. Femmy Irvanti	P	197602072007012001	Penata Laporan Keuangan	Penata	III/c
7.	Dini Rahmadian Dewi Rahayu, S.Kp., MHSM	P	196711041993032002	Kasi Subdit Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lainnya	Pembina	IV/a
8.	drg. Irfan Arifin, M.Kes	L	196504111992031009	Administrator Kesehatan	Pembina	IV/a
9.	Hartanti Sri Andini, S.Sos, MM	P	196604181990032003	Administrator Kesehatan	Penata Tk.I	III/d
10	Siti Rahayu, SKP	P	197110151999032001	Administrator Kesehatan	Penata Muda Tk.I	III/b
11	Esty Wahyuningsih, S.Kep	P	197908052010122002	Administrator Kesehatan	Penata Muda	III/a
12	Rusnani, S.Sos., MAB	P	196212281994032001	Penata Laporan Keuangan	Penata	III/c
13	Ruswanda, Amd	L		Honorar		

D.Tantangan dan Isu Strategis Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan uraian kondisi umum dan internal Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, tantangan strategis yang dihadapi dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di masa yang akan datang:

1. Perlunya penguatan mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan primer, rujukan dan pelayanan kesehatan lain.
2. Data tentang gambaran mutu pelayanan kesehatan di FKTP, RS, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain secara detail belum ada
3. Pengusulan survei akreditasi yang tidak sesuai dengan roadmap yang telah diusulkan
4. Tenaga pendamping akreditasi di kab/kota yang sudah terlatih `dimutasi/alih fungsi/tugas
5. Jumlah surveior terbatas dan kompetensi surveior yang bervariasi.
6. Kinerja Komisi Akreditasi FKTP dan Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan belum optimal
7. Sistem pencatatan dan pelaporan pelaksanaan akreditasi pada tahun 2015 masih manual

ISU STRATEGIS

1. Akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas belum merata
2. Akses pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas belum merata
3. Mutu pelayanan Fasyankes dasar & lanjutan belum merata

A. PENINGKATAN AKSES

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Penguatan Sistem Rujukan | → | Regionalisasi Sistem Rujukan |
| 2. Pengembangan dan Inovasi → daerah terpencil | → | Telemedicine, <i>Flying Hc</i> Spgdt, RS Pratama |
| 3. Mewujudkan Kemitraan Yang Berdaya Guna Tinggi | → | <i>Sister Hospital</i> , Pihak Swasta, KSO Alat Medis, AHS |

B. PENINGKATAN MUTU MELALUI AKREDITASI

1. - Pemenuhan S, P, A Sesuai Standar
- Pemenuhan SDM Berkualitas (BPPSDM)
2. Penguatan Sistem Manajemen Kinerja Fasyankes
3. Penguatan Peran RS Vertikal Dalam Pembinaan Ke RS Regional
4. Mendorong Fasyankes Terakreditasi, Bekerjasama KARS, Komisi Akreditasi FKTP, dan KALK
Penguatan Tim Pendamping Akreditasi

BAB II

ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

A. VISI DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 menetapkan "Indonesia Yang Mandiri, Maju, Adil dan Makmur" sebagai visi pembangunan nasional tahun 2005-2025. Kementerian Kesehatan telah menetapkan visi sesuai visi Presiden Republik Indonesia "**Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong**". Berdasarkan potensi dan tantangan yang telah dan akan dihadapi, Visi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan mengacu kepada Visi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yaitu:

AKSES PELAYANAN KESEHATAN YANG TERJANGKAU DAN BERKUALITAS BAGI MASYARAKAT

Berikut ini adalah penjelasan terkait dengan visi di atas:

- **Akses pelayanan kesehatan yang terjangkau** adalah terpenuhinya akses kesiapan layanan primer untuk tiap kecamatan (satu puskesmas dengan standar minimal pelayanan) dan akses kesiapan layanan rujukan pada tiap Kabupaten/Kota (Rasio Tempat Tidur di RS dan Klinik Utama dibanding penduduk kabupaten/kota tersebut memenuhi minimal 1:1000 dan memiliki jejaring dari RS paten/Kotake RS Rujukan Regional)
- **Pelayanan yang berkualitas** adalah pelayanan yang memperhatikan mutu dan keselamatan pasien yang dibuktikan dengan diperolehnya akreditasi oleh suatu fasilitas pelayanan kesehatan

Masyarakat adalah masyarakat yang berada dalam keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial, yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis, sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

B. MISI DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN

Dalam rangka mewujudkan visi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan menetapkan misi sebagai berikut:

1. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin pelayanan kesehatan yang bermutu melalui akreditasi.
2. Menyelenggarakan tata kelola yang baik.

C. Analisa Situasi(SWOT)

Dalam menyusun Rencana Aksi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan perlu di analisis faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi pelaksanaan akreditasi tersebut. Dengan menggunakan analisis SWOT (*Strength, Weakness, Oppurtinties, Threats*) akan teridentifikasi faktor kekuatan dan kelemahan relatif terhadap pencapaian tujuan.

1. Faktor Internal

a. Kekuatan

- 1) Ditetapkannya Akreditasi Puskesmas dan Akreditas RS sebagai salah satu Indikator Kinerja Kementerian Kesehatan tahun 2015 -2019
- 2) Terdapat berbagai sumber alokasi anggaran dalam pelaksanaan program Akreditasi Puskesmas dan RS.
- 3) Adanya Direktorat Mutu Dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan
- 4) Tersedianya peta jalan pelaksanaan akreditasi Puskesmas, RS dan Pelayanan Kesehatan Lain tahun 2016-2020
- 5) Tersedia sistem upaya kesehatandari tingkat Puskesmas sampai Pelayanan Kesehatan Rujukan tingkat kedua.
- 6) Adanya tenaga surveior dan pendamping Akreditasi.
- 7) Kewenangan Dinas Kesehatan dalam melaksanakan pembangunan bidang kesehatan
- 8) adanya standar akreditasi Puskesmas sebagaimana yang tercantum dalam PMK 75/2014
- 9) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mengamanatkan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib akreditasi 3 thn sekali terakreditasi berkala. Penjelasan lebih detil diuraikan dalam Permenkes Nomor 12 tahun 2012
- 10) Kepmenkes No. 298 Tahun 2008 tentang Pedoman Akreditasi Laboratorium Kesehatan
- 11) Adanya Komisi Akreditasi FKTP
- 12) Adanya Komisi Akreditasi RS
- 13) Adanya Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan

b. Kelemahan

- 1) Pelaksanaan UU NO. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah belum optimal.
- 2) Perencanaan pembangunan kesehatan sering belum dilaksanakan secara terpadu baik dilintas program maupun lintas sektor.
- 3) Penyelenggaraan manajemen kesehatan belum terpadu dan berkesinambungan
- 4) Belum semua daerah mampu melaksanakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan
- 5) Penempatan tenaga belum sesuai dengan kompetensi dan kebutuhan.
- 6) Pelaksanaan pembinaan teknis bidang kesehatan masih kurang.
- 7) Keterbatasan sarana prasarana dan alkes
- 8) Sistem Informasi kesehatan untuk mendukung manajemen kesehatan masih belum optimal.
- 9) Biaya yang dibutuhkan untuk melaksanakan akreditasi cukup besar
- 10) Jumlah tenaga pendamping dan surveior masih kurang
- 11) Penyelenggara akreditasi FKTP belum independen

2. Faktor eksternal

a. Peluang

- 1) Tuntutan masyarakat terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas, RS dan pelayanan kesehatan Lain
- 2) Akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS.
- 3) Terdapat peraturan perundangan yang terkait dengan Akreditasi Pelayanan Kesehatan
- 4) Undang-undang nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
- 5) Adanya kebijakan nasional tentang percepatan pembangunan dalam bidang kesehatan.

- 6) Adanya desentralisasi yang memberikan peluang cukup besar kepada pemerintah daerah untuk menggali potensi sumber daya, mengelola dan memanfaatkannya sesuai dengan kompetensi dan kepentingannya.
- 7) Kemajuan yang pesat ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan.

b. Ancaman

- 1) Semakin terbukanya pasar bebas dengan diberlakukannya MEA.
- 2) Pemahaman survei tentang konsep penilaian akreditasi tidak seragam
- 3) Adanya lembaga yang memberikan pelatihan akreditasi tetapi tidak sesuai standar
- 4) Sarana dan prasarana, serta tenaga kesehatan di Puskesmas belum terpenuhi sesuai kebutuhan
- 5) Pencairan dana pelaksanaan akreditasi tidak sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan.

D. Sasaran Strategis

Sasaran strategis menggambarkan rincian dan penjabaran pencapaian Visi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan 2015-2019, yang diperoleh dari tantangan strategis dan analisis SWOT. Sasaran strategis Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan 2015-2019 adalah:

1. Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di FKTP, RS, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain
2. Terwujudnya Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes)
3. Terwujudnya Inovasi pelayanan kesehatan
4. Terwujudnya kemitraan yang berdaya guna tinggi
5. Terwujudnya ketepatan alokasi anggaran
6. Terwujudnya penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan
7. Terwujudnya sistem perencanaan yang terintegrasi
8. Terwujudnya penguatan mutu organisasi Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan
9. Tersedianya dukungan regulasi
10. Tersedianya SDM Kompeten dan berbudaya kinerja

E. Arah Kebijakan

Untuk meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan di FKTP, RS dan Pelayanan Kesehatan Lain, Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan menetapkan arah kebijakan dan strategi yang menjadi basis untuk pelaksanaan program dan kegiatan sebagai berikut:

1. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran dalam rangka pemenuhan mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan di Fasilitas pelayanan kesehatan;
2. Optimalisasi fungsi FKTP, dengan setiap kecamatan memiliki minimal satu Puskesmas yang memenuhi standar;
3. Optimalisasi fungsi RS, dengan setiap Kab/Kota memiliki minimal satu RS Pemerintah yang memenuhi standar;
4. Optimalisasi fungsi Laboratorium Kesehatan, dengan Setiap Kab/Kota memiliki minimal satu Labkes memenuhi Standar
5. Optimalisasi fungsi Laboratorium Kesehatan, dengan melaksanakan Pemantapan Mutu Eksternal
6. Mewujudkan dukungan regulasi yaitu melalui penyusunan kebijakan dan Norma Standar Pedoman dan Kriteria (NSPK);
7. Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan ke Pemda dalam rangka penguatan pelaksanaan mutu dan akreditasi FKTP, RS dan Fayankes Lain oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
8. Mewujudkan sistem manajemen kinerja FKTP, RS dan Fayankes Lain melalui instrumen penilaian kinerja.

BAB III

TARGET KINERJA DAN KEGIATAN PRIORITAS

Pencapaian Target Kinerja dan Kegiatan prioritas Direktorat Mutu dan Akreditasi pelayanan Kesehatan mengacu kepada sasaran strategis untuk pencapaian visi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 2015-2019, dengan Indikator sasaran strategis terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan adalah:

- Jumlah kecamatan yang memiliki minimal satu (1) puskesmas tersertifikasi akreditasi. Sertifikat akreditasi dikeluarkan oleh Komisi/Lembaga Penyelenggara Akreditasi Fasilitas Kesehatan Pelayanan Tingkat Primer (FKTP) sesuai dengan peraturan yang berlaku. Puskesmas siap diakreditasi adalah Puskesmas yang telah diajukan permohonan survei akreditasi Puskesmas oleh Dinas Kesehatan Provinsi ke Komisi Akreditasi FKTP.
- Jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal satu (1) RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional. Yang dimaksud RSUD adalah RS milik Pemerintah yang terdiri dari RSUD dan RS Milik Kementerian/Lembaga Pemerintah lainnya. RSUD tersertifikasi nasional adalah lulus akreditasi oleh KARS, satu Badan Sertifikasi Independen KARS, dengan berbagai tingkat kelulusan Akreditasi dengan menggunakan Standar dan Instrumen Akreditasi versi 2012. Yang dimaksud dengan jumlah Kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD tersertifikasi akreditasi nasional adalah jumlah kabupaten/kota yang memiliki 1 RS Pemerintah terakreditasi. Yang dimaksud siap diakreditasi adalah RS Pemerintah yang sudah mengajukan permohonan Survei akreditasi RS ke KARS.

Target tahunan 2015-2019 untuk setiap indikator di atas adalah:

Indikator Outcome	TARGET PROGRAM					
	Baseline 2014	2015	2016	2017	2018	2019
Jumlah Kecamatan Yang Memiliki Minimal satu (1) Puskesmas Tersertifikasi Akreditasi	-	350	700	1400	2800	5600
Jumlah Kabupaten/kota yang memiliki minimal satu (1) RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional	10	94	150	287	384	481

Selain Indikator sasaran strategis yang merupakan indikator kinerja prioritas Nasional,

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan menetapkan Indikator kinerja prioritas bidang yang ditetapkan untuk Fasilitas pelayanan kesehatan lain, yaitu:

- Pelayanan Kesehatan lain yang terakreditasi adalah pelayanan kesehatan yang berada di fasilitas pelayanan kesehatan selain rumah sakit, puskesmas, dan praktik dokter/dokter gigi yang telah memiliki sertifikat akreditasi yang dikeluarkan oleh Komisi/lembaga Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain sesuai dengan Peraturan yang berlaku. Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki laboratorium yang telah dinyatakan tersertifikasi akreditasi oleh lembaga penyelenggara akreditasi laboratorium.
- Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain diakreditasi oleh Komisi/lembaga Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain adalah Laboratorium (Pemerintah dan Mandiri), Balai (BBLK, BLK, dan BPFK), Unit Pelayanan Darah (UTD RS dan UTD PMI), Klinik Utama (termasuk Klinik CTKI), Praktik Mandiri (Perawat, Bidan, dan Fisiotherapy), serta Griya Sehat. Jumlah Kab/Kota dengan minimal 1 laboratorium yang telah memenuhi standar mutu laboratorium dan mengikuti pemantapan mutu eksternal

Target tahunan 2015-2019 untuk setiap indikator di atas adalah:

Indikator <i>Outcome</i>	TARGET PROGRAM					
	<i>Baseline</i> 2014	2015	2016	2017	2018	2019
Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 labkes yang memenuhi syarat untuk dilakukan akreditasi	-	-	-	100	130	150
Jumlah Kab/Kota dengan minimal 1 Laboratorium yang memenuhi standar mutu pemantapan mutu eksternal nasional	-	-	-	100	120	140

BAB IV

KERANGKA IMPLEMENTASI RENCANA AKSI

Untuk menjamin agar kebijakan dapat terlaksana dengan baik dan berkesinambungan, perlu disusun suatu kebijakan dan strategi operasional sebagai pedoman atau acuan dalam menjabarkan strategi ke dalam program dan rencana kerja.

1. Rencana Aksi Yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

- a) Mewujudkan tersedianya regulasi dan NSPK dalam peningkatan mutu melalui pelaksanaan akreditasi FKTP, RS dan Fasilitas pelayanan kesehatan Lain.
- b) Mewujudkan penguatan tugas dan fungsi Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota
- c) Penguatan Komisi Akreditasi FKTP, KARS dan KALK
- d) Peningkatan Kompetensi SDM Kesehatan dalam pelaksanaan akreditasi Puskesmas dan FKTP lainnya; RS dan akreditasi Fasilitas pelayanan kesehatan Lain
- e) Penguatan dukungan Stakeholder terkait.

2. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target:

- a) Dukungan pelaksanaan Akreditasi Puskesmas, RS dan labkesda melalui Dana Alokasi Khusus Non Fisik
- b) Dukungan pelaksanaan Akreditasi Puskesmas, RS dan Labkesda melalui Dana Dekonsentrasi
- c) Penyediaan Tim Pendamping Akreditasi di tingkat Provinsi/Kab/Kota.
- d) Penyediaan Tim Surveior per Provinsi
- e) Menyusun rencana survei akreditasi sesuai usulan
- f) Bimbingan Teknis oleh Komisi dan Subdit Mutu dan Akreditasi ke Kabupaten/kota dalam rangka persiapan akreditasi. Bimtek ini dimaksudkan untuk membantu daerah dalam mempersiapkan dan mempercepat kesiapan pelaksanaan akreditasi agar dapat dihindari penumpukan pengusulan survei akreditasi di akhir tahun.
- g) Advokasi dan Sosialisasi ke pemangku kepentingan untuk memperoleh dukungan percepatan akreditasi.
- h) Pengembangan sistem pencatatan pelaporan pelaksanaan akreditasi yang realtime berbasis internet (website).
- i) Pelaksanaan Rapat Kerja Komisi Akreditasi dalam rangka evaluasi teknis penyelenggaraan akreditasi.
- j) Penyusunan Regulasi di Bidang Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.
- k) Pembinaan di Bidang Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.
- l) Penyiapan Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan
- m) Pendampingan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Standar Internasional (JCI) pada rumah sakit rujukan nasional.
- n) Sosialisasi Akreditasi Puskesmas, RS, dan Pelayanan Kesehatan lain
- o) Pemetaan Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.