

**INOVASI**  
**ASOSIASI DINAS KESEHATAN SELURUH INDONESIA**  
**(ADINKES)**  
**DALAM MENJAGA MUTU PELAYANAN KESEHATAN PRIMER**  
**(PUSKESMAS DALAM SKEMA J K N)**  
HOTEL ALILA 20 NOV 2013 JAM 14 - 15

**Bidang Kesehatan**  
**Adalah Urusan Wajib yang telah di Desentralisasikan**

**Dinas Kesehatan adalah Pelaksana Urusan Wajib**  
**Bidang Kesehatan di Daerah**

**Krishnajaya**  
**Ketua Umum ADINKES**



# **KEBIJAKAN OTONOMI DAERAH DALAM PEMBANGUNAN BERWAWASAN KESEHATAN**

**pada:**

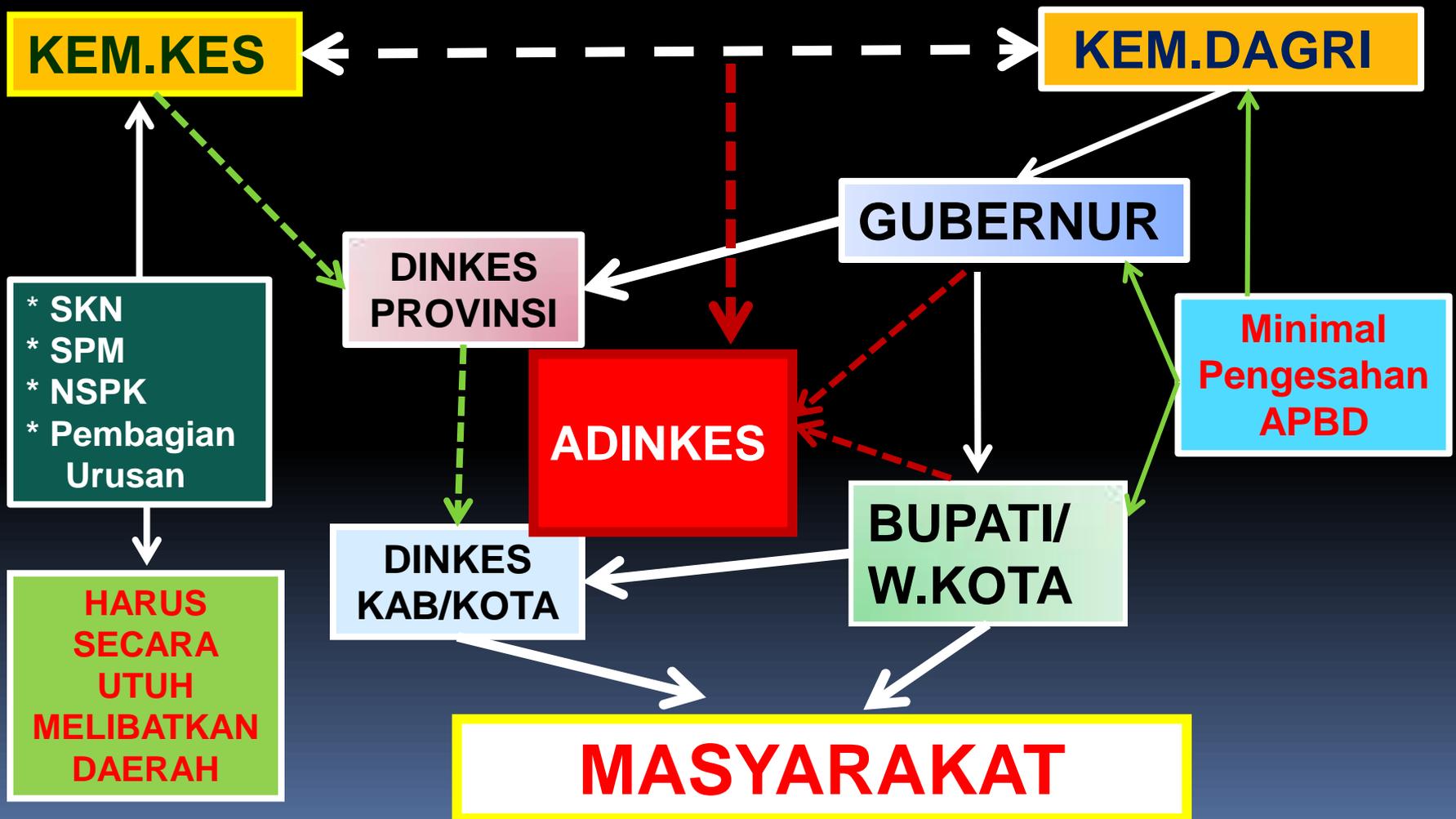
**RAKERNAS ADINKES  
Jakarta, 11 April 2012**

**Oleh :**

**DIREKTUR JENDERAL OTONOMI DAERAH  
KEMENTERIAN DALAM NEGERI**

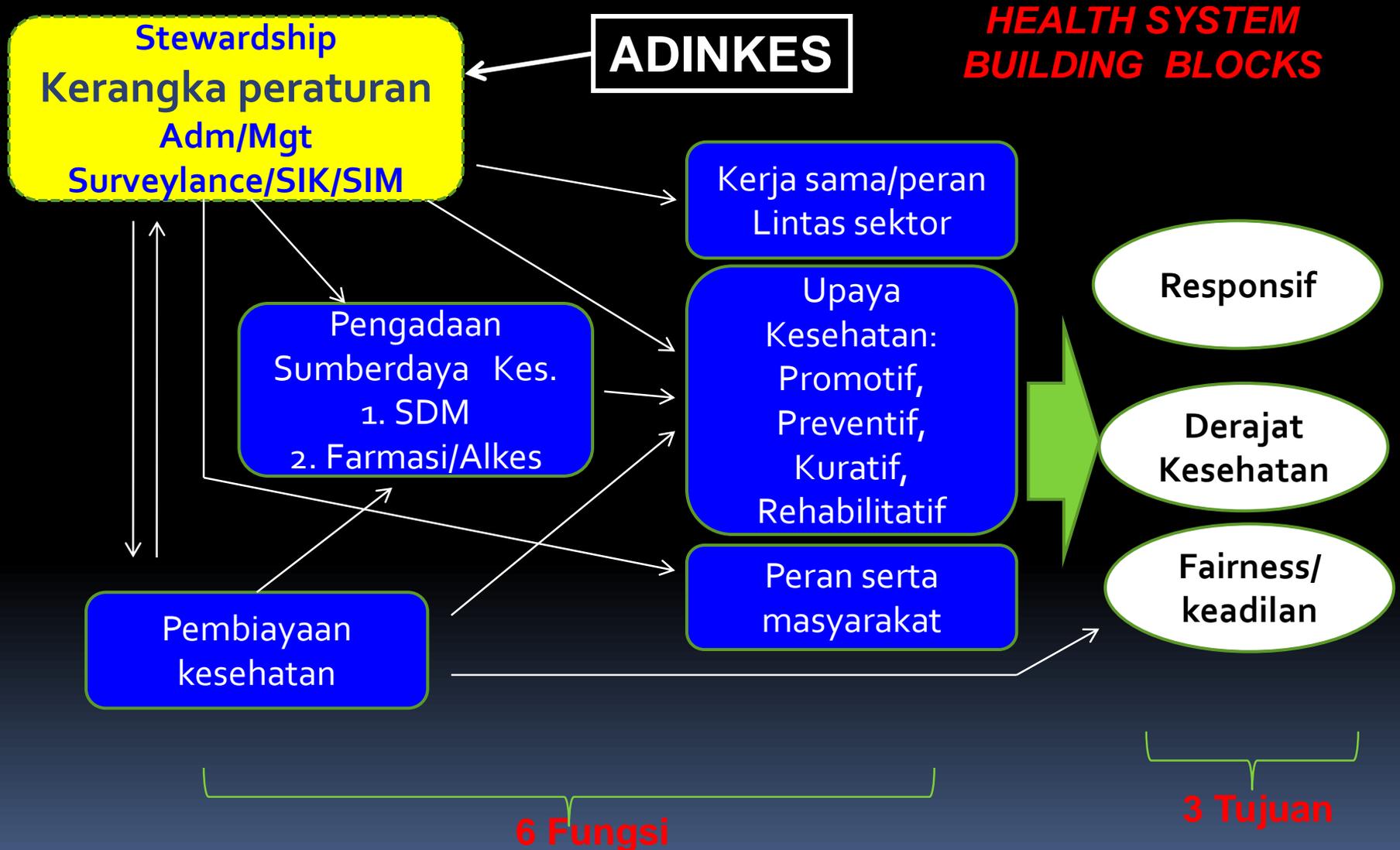


# KETERKAITAN KEMDAGRI-KEMENKES DAN PEMDA DLM PELAKSANAAN URUSAN KESEHATAN, SKN DAN SPM



System approach, system thinking

## ELEMEN SISTEM KESEHATAN → ACUAN MENYUSUN RENSTRA





**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**SEKRETARIAT JENDERAL**

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9 Jakarta 12950  
Telepon : (021) 5201590 (Hunting)

Nomor : HK.04.04/IV/780/2013  
Hal : Surat Rekomendasi  
Kegiatan Inisial ADINKES

9 April 2013

Yang terhormat,  
Penanggungjawab Kegiatan AIPHSS-ADINKES  
di  
Jakarta

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor Nomor 14/AIPHSS-ADINKES/3/2013 tanggal 27 Maret 2013 hal Rekomendasi Kemenkes Kegiatan Inisial AIPHSS-ADINKES, pada prinsipnya Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menyambut baik kegiatan tersebut untuk dilaksanakan.

Kemenkes mengharapkan pada kegiatan tersebut dapat dihasilkan output kegiatan berupa rekomendasi kepada pimpinan Kemenkes sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

Kami sampaikan pula urutan prioritas kegiatan sesuai kebutuhan Kemenkes, yaitu :

1. Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah Pusat, Pemda Provinsi dan Pemda Kab/Kota;
2. Revisi SPM Bidang Kesehatan di Kab/Kota, beserta turunannya;
3. Penyusunan NSPK di Bidang Kesehatan;
4. Penguatan Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Daerah;
5. Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan, termasuk diantaranya Tenaga Kesehatan Pegawai Tidak Tetap (PTT);
6. Penguatan dan Revitalisasi Puskesmas;
7. Pemetaan Model Perencanaan Program (kegiatan intervensi Gizi, KIA, Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular);
8. Penyusunan bahan regulasi terkait pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Sekunder Non Badan Layanan Umum Pemerintah Daerah.

Demikian atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

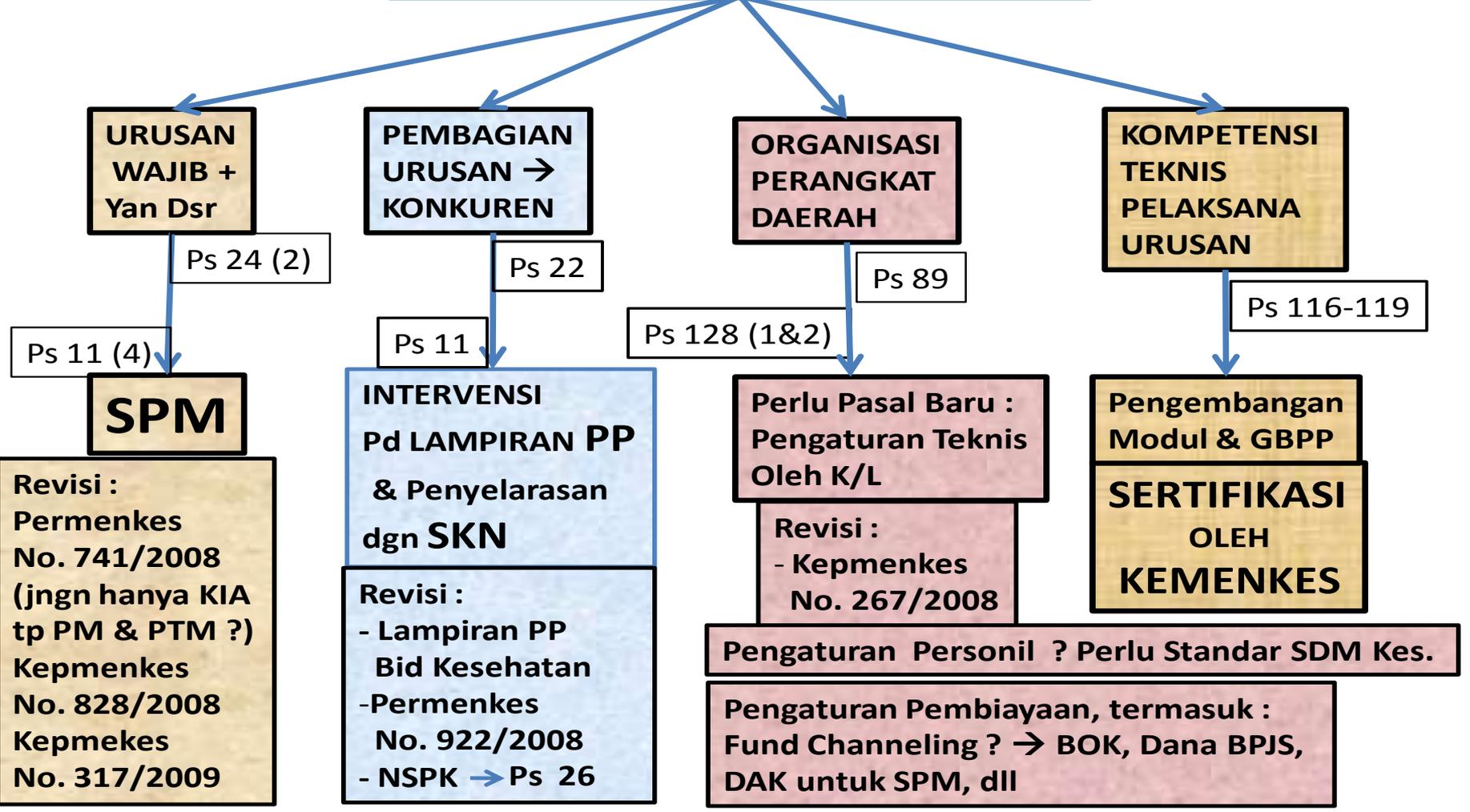
Sekretaris Jenderal,

  
Dr. Supriyanto, SpP, MARS  
NIP.195408112010061001



# Revisi Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

## HASIL REVISI UU PEMDA



**URUSAN WAJIB + Yan Dsr**

Ps 24 (2)

Ps 11 (4)

**SPM**

Revisi :  
Permenkes No. 741/2008  
(jngn hanya KIA tp PM & PTM ?)  
Kepmenkes No. 828/2008  
Kepmeces No. 317/2009

**PEMBAGIAN URUSAN → KONKUREN**

Ps 22

Ps 11

**INTERVENSI Pd LAMPIRAN PP & Penyelarasan dgn SKN**

Revisi :  
- Lampiran PP Bid Kesehatan  
- Permenkes No. 922/2008  
- NSPK → Ps 26

**ORGANISASI PERANGKAT DAERAH**

Ps 89

Ps 128 (1&2)

**Perlu Pasal Baru : Pengaturan Teknis Oleh K/L**

Revisi :  
- Kepmenkes No. 267/2008

**Pengaturan Personil ? Perlu Standar SDM Kes.**

**Pengaturan Pembiayaan, termasuk : Fund Channeling ? → BOK, Dana BPJS, DAK untuk SPM, dll**

**KOMPETENSI TEKNIS PELAKSANA URUSAN**

Ps 116-119

**Pengembangan Modul & GBPP**

**SERTIFIKASI OLEH KEMENKES**

## USULAN REVISI PEMBAGIAN URUSAN → RUU No. 32/2004

SUB URUSAN / SUB2 URUSAN	PUSAT	PROVINSI	KAB/KOTA
<p>1. Upaya Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan</p>	<p>1. UKP Rujukan Nasional</p> <p>2. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Lingkup/Skala Nasional</p> <p>3. Standardisasi, registrasi tenaga kesehatan dan Tenaga Kesehatan Asing (TKA).</p> <p>4. Tenaga kesehatan Strategis (4 Sp dsr &amp; 3 penunjang) serta Dokter, Dokter gigi, Apoteker, Sanitarian, Promosi kesehatan dan Gizi) di daerah tertinggal</p> <p>5. di Kabupaten/ Kota dalam rangka pemerataan</p> <p>6. Standard kompetensi teknis dan sertifikasi pelaksana urusan pemerintah bidang kesehatan dan jajaran dibawahnya.</p> <p>7. Obat Generik Esensial, Vaksin , Obat dan Alat Diagnostik Cepat untuk Program Nasional</p>	<p>UKP dan UKM Tersier serta Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Lingkup/ Skala Provinsi</p>	<p>UKP dan UKM primer dan Sekunder serta Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Lingkup / Skala Kab/Kota</p>

# 1.Sub Unsur Fasilitas Pelayanan Kesehatan

## SUB URUSAN/

### SUB-SUB URUSAN

### PUSAT

### PROVINSI

### KABUPATEN/KOTA

## 2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1. Registrasi, akreditasi, standardisasi, penetapan kelas RS Publik dan Privat.
2. Perijinan Rumah Sakit Kelas A, Publik dan Privat dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penanaman Modal Asing (PMA).
3. Pengelolaan Rumah Sakit Kelas A Publik.

1. Perijinan Rumah Sakit Kelas B Publik dan Privat.
2. Pengelolaan Rumah Sakit Kelas B Publik.
3. Perizinan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Rujukan dan Klinik Utama
4. Pengelolaan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Rujukan dan Klinik Utama

1. Perijinan Rumah Sakit Kelas C, D dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar Publik dan Privat.
2. Pengelolaan Rumah Sakit Kelas C, D dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar Publik.
3. Perizinan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Dasar dan Klinik Pratama
4. Pengelolaan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Dasar dan Klinik Pratama

# 1.Sub urusan Pengendalian Alat Kesehatan dan Makanan

<b>SUB URUSAN/ SUB-SUB URUSAN</b>	<b>PUSAT</b>	<b>PROVINSI</b>	<b>KAB/KOTA</b>
<b>3. Pengendalian obat, alkes dan makanan</b>	<b>1. Pengawasan dan Perijinan sarana produksi dan distribusi perbekalan kesehatan Publik dan Privat.</b> <b>2. Pengawasan dan Perijinan peredaran obat.</b> <b>3. Pengawasan makanan dan minuman.</b> <b>4. Perijinan peredaran makanan dan minuman industri skala besar dan produk tertentu.</b>	<b>Perijinan peredaran makanan dan minuman industri menengah</b>	<b>Perijinan peredaran makanan dan minuman industri kecil dan / atau rumah tangga</b>

# DESENTRALISASI

- adalah penyerahan urusan / kewenangan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah.
- berkaitan dengan kewenangan untuk mengatur dan mengurus kekuasaan yang menjadi domain Pusat yang diserahkan ke daerah.
- Dinas Daerah adalah pelaksana otonomi Daerah

# **Manfaat Desentralisasi**

**Kebijakan desentralisasi telah diterapkan sejak 1999/2000. Diharapkan dengan desentralisasi pembangunan ditingkat kabupaten/kota, akan :**

- (1) lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat,**
- (2) lebih demokratis,**
- (3) lebih efektif dan efisien karena jalur birokrasi lebih pendek**
- (4) lebih akuntabel karena langsung mendapat kontrol sosial dari masyarakat dan**
- (5) “governance” ditingkat kab/kota akan menjadi lebih baik dan kuat.**

# PENDEKATAN HOLISTIK & KOMPREHENSIF

## PUBLIC HEALTH & PELAYANAN KLINIS

\* Art and science

\* To prevent disease and disability

\* To prolong productive life

\* Through organized community effort

**PUBLIC HEALTH**

**CLINICAL MEDICINE**



Promosi kesehatan, KB, immunisasi, hygiene, lingkungan, gaya hidup, regulasi, mobilisasi masy, lintas sektor

Pelayanan medis primer, sekunder, tertier

# REGULASI TERKAIT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

- Pasal 22 ayat (1) UU No. 40 /2004 tntng SJKN

Manfaat Jaminan Kesehatan bersifat **pelayanan perseorangan** berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan

- C.3 Butir 114 Perpres No. 72 /2012 tntng SKN → Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan **Pelayanan Kesehatan masyarakat merupakan barang publik** (public good) yang menjadi **tanggung-jawab Pemerintah**. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan perseorangan pembiayaannya bersifat privat, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung-jawab pemerintah

**Public  
Health**



**Clinical  
medicine**

**Adm & Mgt**

*“... Dua sayap seekor burung ...”*

*“... Dua-duanya perlu ...”*

*“... Dua-duanya penting ...”*

<b>Intervensi PH</b>	<b>Pelayanan Klinis/Pengobatan</b>
Promkes Kesling, Surveillans, vector cotrol Imm, Gizi Masy D/ Dini dan Th/ Segera Mobillisasi Masy/Peran serta UKS/Kesrep	Pelayanan primer Pelayanan Sekunder Pelayanan Tertier

**PEMBIAYAAN:**  
• Tax based  
• Budget  
(Dinkes dan  
Puskesmas)

**PEMBIAYAAN:**  
• Asuransi  
• Fee for  
service

## **PRIMARY HEALTH CARE – Pelayanan Kesehatan Primer**

Pada tahun 1978, Badan Kesehatan Dunia (WHO – *World Health Organization*) mengadaptasi pendekatan pelayanan kesehatan primer (PHC – *Primary Health Care*) sebagai cara yang efektif untuk memberikan layanan kesehatan yang efektif. Pendekatan tersebut merupakan filosofi sekaligus sebuah model untuk memberikan layanan kesehatan. Sebagai **fokus** dari PHC adalah pencegahan Penyakit dan promosi kesehatan.

### **Pelayanan kesehatan Primer**

adalah pelayanan kesehatan berdasarkan Metode dan teknologi yang praktis, berdasarkan bukti ilmiah dan dapat diterima masyarakat serta dapat di akses atau di jangkau oleh komunitas melalui partisipasi Penuh masyarakat dengan harga yang terjangkau dan bertujuan untuk ketahanan Sendiri dan kemandirian

#### **Prinsip dasar :**

1. Pemerataan pelayanan kesehatan → aksesibilitas
2. Peran serta masyarakat → Promosi Kesehatan
3. Pengembangan SDM Kesehatan
4. Penggunaan teknologi tepat guna
5. Pendekatan multi sektor

(WHO, 1978)

**Fasilitas kesehatan Primer** → wellness check up → profil pribadi

adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan upaya pelayanan kesehatan **perorangan** tingkat pertama, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif, yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah dan / atau masyarakat.

UU SJSN mengatakan  
1 Jan 2014 → UC



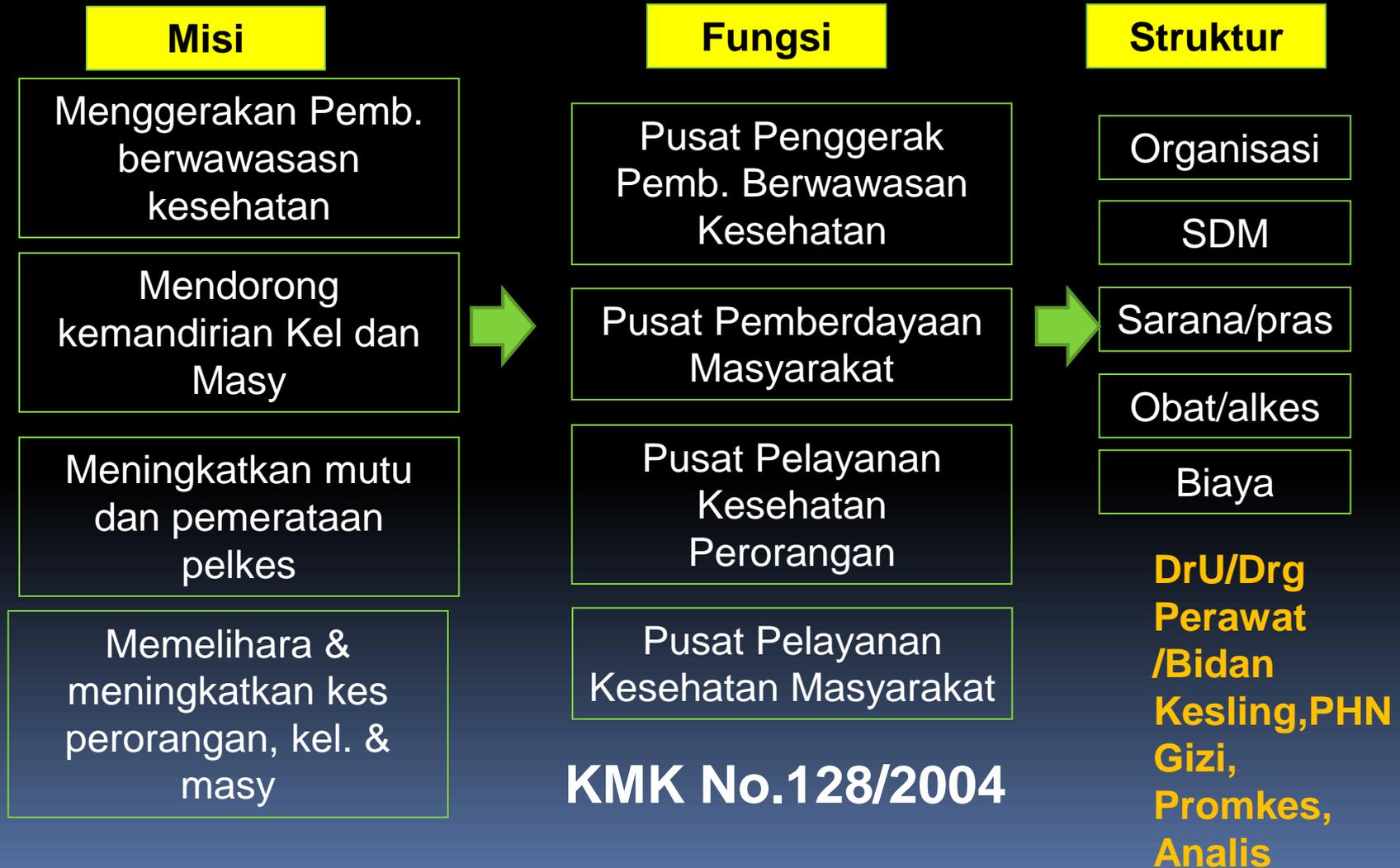
Dokter Pelayanan Primer  
Spt yg tertuang di BPJS  
Tidak berorientasi ke UKM

**PUSKESMAS** → penting dlm pengumpulan informasi untuk pengambilan keputusan, termasuk UKM → bukan hanya UKP

sebagai salah satu Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer yang salah satu kegiatannya adalah menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Primer

# Puskesmas

UPT Dinkes Kab/Kota bertanggung jawab melaksanakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah



# Tantangan

## TANTANGAN:

- a. Penduduk miskin tetap tinggi
- b. Daerah terpencil/sulit
- c. Pola penyakit bergeser: PM → PTM
- d. 2014: JKN → UKP
- e. Puskesmas akan dibiayai secara kapitasi sebagai PPK Primer JKN
- e. Penerimaan Puskesmas diperlakukan sbg retribusi/pendapatan daerah
- f. Standar tenaga tidak terpenuhi
- g. Pelatihan-pelatihan semakin jarang diberikan

Perlu transformasi Puskesmas

# Implikasi keadaan ini

- Angka Kematian Ibu dan Bayi masih tinggi
- Pemberantasan Penyakit Menular terhambat
- Sistem kesehatan tidak mampu memikul beban meningkatnya NCDs
- Masalah Total Fertility Rate yg tinggi (Saat ini masih 2,6 → target 2,1) dan Gizi kurang sulit diatasi
- Upaya kesehatan terjebak pada “high cost” services karena bertumpu pada pelayanan sekunder dan tertier

# Penguatan PHC/Puskesmas



# TANTANGAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Trying to make the **best use of limited resources**, to provide **safe, effective, patient centered, timely, efficient, equitable, and evidence-based, best**

Rumah Sakit: Quality, Safety, Efficiency  
Praktisi klinis, administrator, manajer klinis

Pelayanan dasar: Quality, Safety, Efficiency, Public Health Concept  
Puskesmas, Klinik: Praktisi Klinis, Administrator, Manajer Klinis

Asuransi:  
Manajemen Kepesertaan, Manajemen Pembiayaan, Klaim, dsb

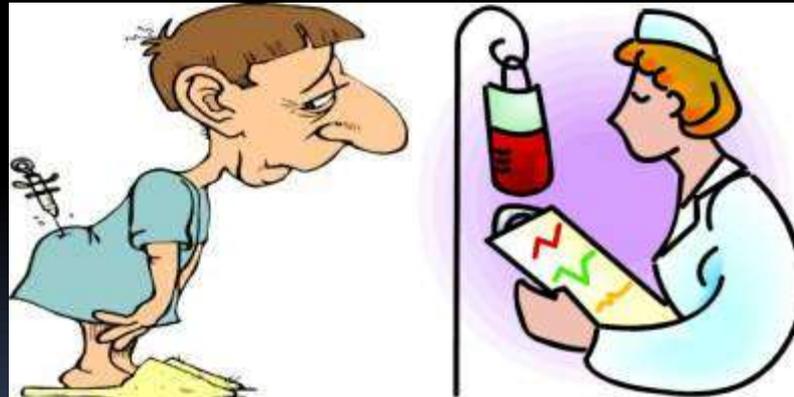
# Pelayanan Klinis di PUSKESMAS

Keselamatan  
Pasien,  
outcome klinis

Kualitas

Biaya

Efisiensi



**Remunerasi**

Copyright 2006 by Randy Glasbergen.  
www.glasbergen.com



"THERE'S NOTHING WRONG WITH YOUR IPOD, DAD.  
IT'S JUST TOO EMBARRASSED TO PLAY  
THE KIND OF MUSIC YOU LIKE!"

**INI SEMUA TENTANG PEMBERI PELAYANAN  
KESEHATAN BAIK DOKTER MAUPUN TENAGA  
KESEHATAN LAINNYA**

Kami yang paling tahu

Apa-apa yang saya lakukan tidak mempengaruhi pihak lain

Sudah biasanya saya melakukannya seperti ini

Makin senior makin tahu segala

Klinisi tidak perlu manager

Waktu dokter lebih berharga daripada waktu perawat

Dulu jauh lebih baik

Tak ada penghargaan untuk melakukan sesuatu kebaikan

Adalah suatu kekeliruan untuk bertanya pada orang lain

Copyright 2006 by Randy Glasbergen.  
www.glasbergen.com



"THERE'S NOTHING WRONG WITH YOUR IPOD, DAD.  
IT'S JUST TOO EMBARRASSED TO PLAY  
THE KIND OF MUSIC YOU LIKE!"

# INI SEMUA TENTANG PENDAPAT MASYARAKAT DALAM PELAYANAN KESEHATAN

# KELUHAN PASIEN & KELUARGA THD YANKES

- Reimburse berbelit
- Paket yg tbt
- Portabilitas & cost-sharing terbatas
- Kebijakan tdk berbasis realita (politisasi kes)

- Bolak balik ga sembuh
- “Bisnis sakit” tdk holistik/SADIKIN

**Kebijakan & Prosedur yankes**

**Premanisme Kesehatan**

**Interaksi dokter-pasien yang “miskin”**

- Ditolak dilayani
- Tdk dirasakan empati yg cukup
- Terburu2/beban tinggi

**Pelayanan yg belum memuaskan**

**Tdk miliki kompetensi yang memadai**

- Pendidikan tdk berstandar & orientasi cari untung dr org sakit

**Yankes “kosong” Nakes & obat**

**Tdk di follow-up dengan baik**

**Pengobatan yang terlambat**

- Sistem insentif yg tidak mendorong komitmen kerja
- Kemampuan logistik obat & peralatan

- Jaringan yankes yg lemah krn RSUD amat lemah (mis RSCM Puskesmas raksasa)

- Tdk PROAKTIF memberikan kemampuan ke KEL untuk mengenali gejala awal

# Who is your patient ?

- Pasien adalah:
  - Orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan (kita) ?
  - Orang yang membutuhkan profesionalitas kita dalam memberdayakan kemampuan dirinya untuk membuat keputusan atas masalah kesehatannya ?
  - Orang yang sedang dalam masalah kesehatan yang membutuhkan pelayanan dan atau informasi tentang kesehatan ?
  - Asset yang harus dipelihara dengan baik ?
  - Asset yang harus diperlakukan dengan baik ?
  - Pelanggan yang harus dihormati dan sumber penghidupan saya ?
  - Pasien adalah juga manusia yang punya hak untuk mengemukakan pendapat dan diperlakukan secara manusiawi ?
  - **Pasien adalah orang yang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman (bebas dari unsafe-action dan kondisi laten yang membahayakan), pelayanan kesehatan yang profesional, dan berperan dalam mengambil keputusan ?**

# Apa yang ingin diperoleh pasien ?

- Kesembuhan ?
- Keramahan ?
- Kenyamanan ?
- Ketepatan waktu ?
- Kecepatan pemberian pelayanan ?
- Keterjangkauan ?
- Keselamatan (bebas dari bahaya) ?

# Mutu pelayanan klinis

- Apakah pelayanan klinis yang kita berikan sudah berkualitas : sesuai standar profesi, mencapai outcome klinis yang diharapkan, dapat memenuhi kebutuhan klinis pasien, memuaskan pasien
- **Apakah ada jaminan pasien tidak mengalami tindakan yang tidak aman (unsafe action)**
- Apakah ada jaminan dilayani oleh tenaga yang profesional
- **Apakah kita menerapkan prinsip "do no harm"**
- Apakah ada jaminan bahwa pelayanan dilakukan dengan peralatan yang memadai
- **Apakah ada jaminan bahwa pelayanan dilakukan dengan bersih**
- **Apakah pasien diberi peluang untuk berperan dan mengambil keputusan**

- 
- **Apa penyebab pelayanan tidak bermutu/tidak memuaskan pasien ?**
  - **Apa yang perlu dilakukan oleh PPK untuk memperbaiki mutu pelayanan ?**
  - **Apa yang dapat dilakukan oleh lembaga asuransi, termasuk Pemerintah Daerah untuk memperbaiki mutu pelayanan pasien yang berobat ke sarana kesehatan ?**

# Permasalahan quality dan safety

- Permasalahan mutu (ketidak puasan, ketidak nyamanan, tidak tercapainya outcome yang diharapkan), dan keselamatan (Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Potensial Cedera, Kejadian Tidak Cedera, dsb): akibat adanya **VARIASI PROSES**
- **VARIASI PROSES TERJADI, karena:**
  - Tidak dilakukan pengukuran thd sistem pelayanan secara optimal
  - Tidak dilakukan monitoring thd sistem pelayanan secara optimal
  - Tidak dilakukan pengendalian thd sistem pelayanan secara optimal
  - Tidak dilakukan pemeliharaan thd sistem pelayanan secara optimal
  - Tidak dilakukan penyempurnaan (improvement) terhadap sistem pelayanan secara berkesinambungan
  - Tidak dilakukan pendokumentasian dengan baik thd sistem pelayanan
  - Tidak dilakukan penghitungan cost-effectiveness (efisiensi) dengan baik thd sistem pelayanan

# 10 Basic rules for improving quality of care

- Pelayanan berbasis **hubungan penyembuhan** (pasien dan clinicians) yang harmonis \*)
- **Penyesuaian-penyesuaian** berbasis kebutuhan dan tata nilai pasien \*)
- Pasien adalah sumber **pengendali** \*)
- **Sharing** pengetahuan dan arus informasi yang bebas
- Pengambilan keputusan berbasis **evidens**
- **Keamanan terintegrasi** dalam sistem pelayanan
- **Keterbukaan**
- **Kebutuhan pelanggan** diantisipasi \*)
- Mengatasi **pemborosan**
- **Kerjasama** antar para pemberi pelayanan

**SEBAGAI JAWABAN:**

**PENERAPAN TATA KELOLA YANG BAIK  
(GOOD GOVERNANCE)  
DAN**

**GOVERNANS KLINIS YANG BAIK  
(GOOD CLINICAL GOVERNANCE)**

# Pengertian Governans klinis:

- Pendekatan sistematis dalam mengelola jaminan mutu dan pengendalian mutu pelayanan klinis (Diana Sale, 2006)
- Clinical governance adalah menjamin sustainabilitas quality assurance dan quality improvement dalam pelayanan klinis (Diana Sale, 2006)
- Implementasi prinsip-prinsip manajemen mutu dalam pelayanan klinis

# Tujuan

Menjamin bahwa pasien memperoleh  
“the best quality of clinical care”



**Patient focus**

## 4 Pilar Governans Klinis Yg Baik:

- kinerja dan evaluasi Kinerja klinis
- manajemen dan pengembangan profesi
- manajemen risiko klinis
- nilai pelanggan

# Pilar 1. Kinerja dan evaluasi kinerja klinis

- Bertujuan untuk menjamin pengenalan yang progresif, penggunaan, monitoring dan evaluasi standar yang berbasis evidens
- Pengukuran dengan menggunakan indikator pelayanan klinis dengan standar pencapaian yang jelas
- Pelaksanaan audit klinis yang sistematis dan teratur
- Budaya untuk melakukan audit klinis dan penilaian kinerja klinis pada tiap-tiap unit pelayanan klinis
- Untuk dapat melakukan audit klinis dan penilaian kinerja klinis perlu disusun:
  - Standar pelayanan klinis
  - Instrumen audit klinis
  - Indikator klinis

## Pilar 2. Manajemen SDM dan pengembangan profesional

- Pilar ini bertujuan untuk mendukung dan mendokumentasi pengembangan profesionalisme pelayanan klinis dan memelihara diterapkannya standar profesi. Inovasi klinis dimonitor dan dikontrol dan menjamin bahwa prosedur baru diperkenalkan melalui proses audit dan penelitian
- Input untuk pengembangan profesional adalah:
  - Penetapan dan penerapan standar kompetensi yang dilakukan melalui:
    - penilaian kinerja praktisi klinis,
    - rekrutmen berbasis standar kompetensi,
    - proses credentialling,
    - pengembangan profesi berdasar analisis kompetensi dibandingkan dengan standar yang ditetapkan
  - Pengembangan profesional berkelanjutan

# Pilar 3. Manajemen risiko klinis

- Pilar ini bertujuan untuk meminimalkan risiko dan meningkatkan keselamatan pasien
- Aspek manajemen risiko klinis meliputi:
  - Monitoring dan analisis kecenderungan terjadinya KTD dan insidens
  - Analisis profil risiko: analisis terhadap potensi terjadinya risiko klinis
  - Manajemen terhadap insidens dan KTD

# Pilar 4. Nilai pelanggan

- Pilar ini bertujuan melibatkan pelanggan dan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kinerja dan juga dalam perencanaan ke depan untuk perbaikan pelayanan baik di rumahsakit maupun Puskesmas
- Upaya yang dilakukan meliputi:
  - Manajemen komplain, survei kebutuhan dan kepuasan pelanggan, ketersediaan informasi yang mudah diakses masyarakat/pasien/keluarga, dan keterlibatan pelanggan dalam pengambilan keputusan klinis
  - Keterlibatan pelanggan dalam merencanakan pengembangan pelayanan baik di rumahsakit maupun Puskesmas ke depan

# Bagaimana menghadapi BPJS di PUSKESMAS

- Efisiensi dalam pelayanan dengan tetap menjamin mutu dan keselamatan Pasien
- Peran siapa ?
  - Dokter Puskesmas: Profesionalisme dalam pelayanan
  - Para Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota
  - Peran Kepala Daerah sebagai regulator

# Peran Tenaga Kesehatan Di Puskesmas

- **Memfokuskan pelayanan demi pasien**
- **Meningkatkan dan meng “up-date” kompetensi yang dimiliki**
- **Bekerja profesional sesuai dengan standar (bila mungkin standar berbasis evidens terkini)**
- **Ikut berperan dalam efisiensi pelayanan: menghindari overutilisasi peralatan, obat, maupun tindakan yang tidak diperlukan**
- **Menerapkan prinsip-prinsip keselamatan dalam bekerja**
- **Perilaku sebagai praktisi pelayanan kesehatan**

# Peran Kepala Puskesmas

- Efisiensi dalam pelayanan
- Karena prinsip kapitasi: melakukan upaya preventif yang berkualitas
- Sistem rujukan berjenjang yang rasional
- Kebijakan mutu dan keselamatan pasien
- Standar dan prosedur pelayanan: administrasi kepesertaan, prosedur pelayanan administrasi, prosedur pelayanan klinis.
- Pengukuran dan monitoring kinerja pelayanan dan kinerja klinis
- Penerapan perbaikan yang berkesinambungan dalam pelayanan
- Dengan didukung oleh Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota Mengembangkan jaringan kerja rujukan

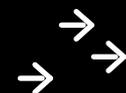
# Peran Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

- **Melakukan Pembinaan dan Pengawasan**
- **Memberikan dukungan kepada semua tenaga kesehatan untuk dapat bekerja efektif dan efisien**
- **Melakukan Koordinasi dengan rumah sakit atau fasilitas rujukan di wilayah kerjanya**
- **Monitoring kinerja dan evaluasi kinerja pelayanan di Puskesmas serta tindak lanjutnya**

# Peran Pemerintah

- Sebagai regulator: peraturan perundangan, peraturan daerah, peraturan kepala daerah yang diperlukan agar BPJS diterapkan dengan baik
- Monitoring pelaksanaan BPJS
- Analisis kebijakan BPJS
- Mengatur perijinan
- Mengatur pelaksanaan akreditasi

TERIMA KASIH



Salam Sehat dari ADINKES