RENCANA AKSI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
2015-2019

NOVEMBER, 2014

KATA SAMBUTAN

Puji syukur kami panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat-Nya Rencana Aksi (Renaksi) Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan ini dapat tersusun.

Dengan berakhirnya pembangunan nasional jangka panjang tahap ke-2 tahun 2009-2014 dan berakhirnya Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, Kementerian Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis tahun 2015-2019 dengan menetapkan Visi "Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan".

Berdasarkan potensi dan tantangan yang telah dan akan dihadapi, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan telah menyusun Rencana Aksi 2015-2019 sebagai penjabaran dalam melaksanakan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Dalam Rencana Aksi ini telah ditetapkan VISI BUK 2019 yaitu **"Akses pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat"**.

Rencana Aksi merupakan acuan (*guidance*) di tingkat unit eselon I yang diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian program Pembinaan Upaya Kesehatan dalam kurun waktu lima tahun ke depan, sehingga hasil pencapaiannya terukur dan dipergunakan sebagai bahan penyusunan laporan kinerja tahunan Ditjen Bina Upaya Kesehatan (BUK).

Dalam Rencana Aksi Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan 2015-2019 ini terdapat berbagai sasaran strategis dan ukuran keberhasilan kunci yang tujuan utamanya untuk penyempurnaan (penguatan) mutu kelembagaan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Tantangan dalam penguatan mutu kelembagaan di periode tahun 2015-2019 adalah kemampuan untuk mengintegrasikan Renaksi Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, pengendalian kinerja, anggaran dan manajemen kinerja di berbagai lapisan dan fungsi organisasi Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Untuk mengatasi tantangan strategis tersebut, tahapan-tahapan pengendalian kinerja perlu dilakukan demi tercapainya berbagai sasaran strategis Renaksi BUK tahun 2015-2019. Tahapan pengendalian kinerja tersebut yaitu :

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

Pada awalnya penerapan keempat tahapan pengendalian kinerja di atas mungkin tidak mudah untuk dijalankan. Oleh karena itu, upaya penguatan kerangka kelembagaan yang dibangun di Ditjen BUK harus lebih menekankan pada transformasi budaya kinerja dan pola pikir, meskipun di dalamnya dituntut adanya perubahan proses bisnis melalui dukungan teknologi informasi.

Seiring dengan perubahan struktur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Bina Upaya 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.

Kami menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu tersusunnya Rencana Aksi ini. Semoga Tuhan meridhoi niat baik kita.

Jakarta, November 2014
Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN

Prof. Dr. dr. Akmal Taher, SpU (K)

TIM PENYUSUN

Prof.Dr.dr. Akmal Taher,SpU (K);

Dr.drg. Nurshanty S.Andi Sapada,M.Sc; G.K.Wirakamboja,SKM,MPS;

dr.Ockti Palupi Rahayuningtyas,MPH; dr.Mery Hutagalung; Purnomosidi,SKM,MPH

KONTRIBUTOR

drg.Kartini Rustandi,M.Kes; dr.H.Chairul Radjab Nasution, Sp.PD,KGEH,FINASIM,M.Kes;

Suhartati,S.Kp,M.Kes; dr.Deddy Tedjasukmana Basuni,Sp.RM; dr.Eka Viora,Sp.KJ;

Yassierli,PhD; Ir.Budi Prihartono,DEA; Eko Heppy Purwanto,SKM,MM,MARS;

Khadirin,S.IP,MARS; Mangapul Bakara,MM,M.Kes; dr.B.Eka Anoegrahi Wahjoeni,M.Kes;

dr.Kamba Mohamad Taufik,M.Kes; dr.Diar Wahyu Indriarti,MARS;

dr. Yan Aslian Noor,MPH; dr.Cut Putri Arianie,MHKes; drg.Luki Hartati,MPH;

dr.Lina R.Mangaweang,Sp.KJ(K); Tutty Aprianti,S.Kp,M.Kes; dr.Budi Sylvana,MARS;

Akhmad Rizki Taufik,ST,M.Kes; Rospita Panjaitan,SKM,M.Kes; Dr.dr.Yout Savithri,M.Kes;

Jajang Subagja,SKM,M.KKK; Didik Suharsono,S.Kom; dr.Ganda Raja Partogi Sinaga;

dr.Andry Chandra,M.KM; Sumiyati,S.Sos,M.Si; Teti Ratnawati,S.Sos,MM

Daftar Isi

BAB I 5
PENDAHULUAN 5
I.1 Analisis Situasi 5
I.2 Kondisi Internal Organisasi 7
I.3 Tantangan Strategis Ditjen BUK 8
BAB II ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS 9
II.1 Visi Ditjen BUK 9
II. 2 Misi Ditjen BUK 9
II. 3 Analisis SWOT 10
II. 4 Analisis TOWS 11
II. 5 Sasaran Strategis 13
II. 6 Peta Strategi 13
II. 7 Arah Kebijakan 15
BAB III 18
TARGET KINERJA DAN KEGIATAN PRIORITAS 18
BAB IV 24
KERANGKA IMPLEMENTASI RENCANA AKSI BUK 24

BAB I
PENDAHULUAN

I.1 Analisis Situasi

Program pembinaan upaya kesehatan bertujuan untuk meningkatkan akses fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas. Dari tahun 2009 sampai tahun 2013 telah terjadi peningkatan jumlah Puskesmas, dengan laju pertambahan setiap tahun sebesar 3-3,5%. Puskesmas pada tahun 2009 berjumlah 8.737 buah (3,74 per 100.000 penduduk), dan pada tahun 2013 telah berjumlah 9.655 buah (3,89 per 100.000 penduduk). Data Risfaskes 2011 menunjukkan bahwa sebanyak 2.492 puskesmas berada di daerah terpencil dan sangat terpencil yang tersebar pada 353 kota/kabupaten. Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan primer masih harus terus ditingkatkan karena belum semua kecamatan memiliki minimal satu puskesmas dengan standar minimal pelayanan terutama terkait fasilitas dan SDM.

Jumlah rumah sakit umum (RSU), rumah sakit khusus (RSK) dan tempat tidur (TT) juga mengalami peningkatan. Pada tahun 2009 terdapat 1.202 RSU dengan kapasitas 141.603 TT, yang pada tahun 2013 meningkat menjadi 1.725 RSU dengan 245.340 TT. Pada tahun 2013, sebagian besar RSU adalah milik swasta (sebanyak 53%), sedangkan RSU milik Pemerintah Kabupaten/Kota sebesar 30,4%. RSK juga berkembang pesat, yakni dari 321 RSK dengan 22.877 TT pada tahun 2009 menjadi 503 RSK dengan 33.110 TT pada tahun 2013. Pada tahun 2013, lebih dari separuh (51,3%) RSK itu adalah RS Bersalin dan RS Ibu & Anak. Data Oktober 2014 menunjukkan bahwa saat ini terdapat 2.368 RS dan diprediksikan jumlah RS akan menjadi 2.809 pada tahun 2017, dengan laju pertumbuhan jumlah RS rata-rata 147 per tahun.

Dari sisi kesiapan pelayanan, data berdasarkan Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa pencapaiannya belum memuaskan. Hasil Risfaskes menunjukkan jumlah RS yang memiliki jumlah TT rawat inap RS per 10.000 penduduk baru mencapai 12,6%. Jumlah admisi pasien RS per 10.000 penduduk baru mencapai 1,9%. Rata-rata *bed occupancy rate* (BOR) RS baru 65%. RS Kabupaten/Kota yang mampu PONEK baru mencapai 25% dan kesiapan pelayanan PONEK di RS Pemerintah baru mencapai 86%. Kemampuan Rumah Sakit dalam transfusi darah secara umum masih rendah (kesiapan rata-rata 55%), terutama pada komponen

kecukupan persediaan darah (41% RS Pemerintah dan 13% RS Swasta). Rumah sakit yang memenuhi seluruh kesiapan bedah komprehensif juga masih sangat sedikit (8% RS Pemerintah dan 33% RS Swasta). Data Sistem Informasi Management Rumah Sakit tahun 2014 menunjukkan bahwa RSU yang memberikan pelayanan kesehatan jiwa/psikiatri baik rawat inap dan atau rawat jalan adalah 248 atau 47,87 %.

Kesiapan pelayanan umum di Puskesmas baru mencapai 71%, pelayanan PONED 62%, dan pelayanan penyakit tidak menular baru mencapai 79%. Kekurangsiapan tersebut terutama karena kurangnya fasilitas yang tersedia; kurang lengkapnya obat, sarana, dan alat kesehatan; kurangnya tenaga kesehatan; dan belum memadainya kualitas pelayanan. Di Puskesmas, kesiapan peralatan dasar memang cukup tinggi (84%), tetapi kemampuan menegakkan diagnosa ternyata masih rendah (61%). Di antara kemampuan menegakkan diagnosa yang rendah tersebut adalah tes kehamilan (47%), tes glukosa urin (47%), dan tes glukosa darah (54%). Hanya 24% Puskesmas yang mampu melaksanakan seluruh komponen diagnosis.

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, bimbingan teknis penerapan standar akreditasi baru. Dengan kondisi tersebut, maka RS yang telah mampu melaksanakan Akreditasi RS versi 2012 hanya 59 RS yang terdiri 10 RS Pemerintah dan 49 RS Swasta.

Selain Akreditasi Nasional, hingga tahun 2014 telah tercatat 18 RS berhasil tersertifikasi internasional JCI yang terdiri dari RS Pemerintah dan 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 rujuan ini merupakan tugas utama Ditjen Bina Upaya Kesehatan (Ditjen BUK).

I.2 Kondisi Internal Organisasi

Efektivitas dan kesinambungan program Ditjen BUK dalam menjalankan berbagai misinya tidak dapat dilepaskan dari kondisi mutu kelembagaan Ditjen BUK. Hammer (2007) dalam *Harvard Business Review* mengkaitkan mutu kelembagaan dengan maturitas tata kelola organisasi. Hammer mendefinisikan lima level maturitas tata kelola organisasi, yakni: Level 1 (*initial*), Level 2 (*managed*), Level 3 (*standardized*), Level 4 (*predictable*) dan Level 5 (*optimized*). Hasil asesmen yang dilakukan pada tahun 2014 menunjukkan bahwa kondisi maturitas pengelolaan organisasi BUK saat ini masih berada pada level 2 (Gambar 1). Hal ini mengisyaratkan bahwa masih diperlukan kerja keras di masa yang akan datang untuk pembenahan kelembagaan BUK.

Level Maturitas Tata Kelola Organisasi BUK

		Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
Kepemimpinan	Kesadaran				
	Penyelarasan				
	Perilaku				
	Gaya				
Budaya	Kerjasama Tim				
	Fokus Pelanggan				
	Tanggungjawab				
	Sikap terhadap perubahan				
Keahlian	People				
	Metodologi				
Governance	Model proses				
	Akuntabilitas				
	Integrasi				

Gambar 1. Level maturitas tata kelola organisasi Ditjen BUK

Hasil asesmen maturitas organisasi Ditjen BUK merekomendasikan beberapa pembenahan yang perlu dilakukan di masa yang akan datang, yakni:

- Penyelarasan proses-proses kerja dalam direktorat BUK
- Fokus pelanggan dengan kesadaran memberikan nilai tambah bagi *stakeholder*
- Manajemen perubahan dengan memastikan minimum 80% karyawan siap melakukan perubahan dan penyempurnaan proses kerja secara berkesinambungan
- *People* dengan menetapkan *right man on the right place*
- Integrasi proses-proses kerja lintas direktorat

I.3 Tantangan Strategis Ditjen BUK

Berdasarkan uraian kondisi umum dan internal Ditjen BUK di atas, maka tantangan strategis yang dihadapi dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di masa yang akan datang:

1. Perlunya penguatan pelayanan kesehatan primer
2. Perlunya penetapan sistem regionalisasi rujukan di seluruh provinsi
3. Perlunya penetapan dan pembangunan sistem rujukan nasional
4. Tidak meratanya jumlah, jenis dan kompetensi SDM Kesehatan
5. Kapasitas manajemen puskesmas dan RS yang tidak merata, dan belum berbasiskan sistem manajemen kinerja
6. Belum tersedianya sarana prasarana dan alkes pada PPK I yang sesuai standar secara merata di seluruh Indonesia
7. Belum terintegrasinya data dan sistem informasi di pusat, daerah, rumah sakit dan puskesmas
8. Kebijakan pemerintah daerah yang belum tersinkronisasi dengan kebijakan pemerintah pusat

BAB II
ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

II.1 Visi Ditjen BUK

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. Sejalan dengan hal itu, Kementerian Kesehatan juga telah menetapkan Visi: "Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan". Berdasarkan potensi dan tantangan yang telah dan akan dihadapi, Ditjen BUK menetapkan visi organisasi 2019 sebagai arah dan prioritas strategis yang harus ditempuh hingga tahun 2019 sebagai berikut:

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 askes kesiapan layanan rujukan pada tiap Kota/Kabupaten (Rasio Tempat Tidur di RS dan Klinik Utama dibanding penduduk kab/kota tersebut memenuhi minimal 1:1000 dan memiliki jejaring dari RS Kota/Kabupaten ke 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 Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

II. 2 Misi Ditjen BUK

Dalam rangka mewujudkan visinya, Ditjen BUK menjalankan misi sebagai berikut:

- Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan.
- Menyelenggarakan tata kelola yang baik.

II. 3 Analisis SWOT

Dalam dokumen Rencana Aksi ini, Analisis SWOT dianggap penting dilakukan sebagai salah satu basis untuk menentukan arah dan prioritas strategis di masa yang akan datang karena masih lemahnya maturitas tata kelola organisas Ditjen BUK.

Kekuatan (*strength*)

1. Sudah tersedianya regulasi dan instrumen standarisasi kualitas pelayanan
2. Sudah memiliki badan independen akreditasi RS
3. Memiliki UPT vertikal sebagai role model kualitas
4. Memiliki motivasi kerja tinggi
5. Anggaran operasional BUK memadai
6. Sudah terbangunnya jejaring (profesi, asosiasi, universitas)

Kelemahan (*weakness)*

1. Belum ada badan akreditasi puskesmas
2. Maturitas pengelolaan organisasi level 2 (alignmen, integrasi, fokus pelanggan)
3. Kompetensi SDM belum memadai (*right man on the right job*)
4. Lemahnya data dan informasi
5. Kurangnya anggaran untuk memenuhi alkes dan sarpras sesuai standar
6. Lemahnya perencanaan dan monitoring
7. Lemahnya advokasi dan pembinaan
8. Budaya kinerja belum optimal
9. Sistem *reward* dan *punishment* belum optimal

Peluang (*opportunity*)

1. Implementasi sistem JKN
2. Otonomi dan dukungan pemerintah daerah
3. Kesadaran masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas
4. Perkembangan teknologi dan informasi (termasuk media)
5. Kemitraan (lintas sektor, swasta, bantuan CSR, donor, dll)

6. Adanya tuntutan UU dan target kesehatan global (contoh: MDG's, PTM, dll)
7. Keterlibatan dan partisipasi masyarakat
8. Peningkatan kesejahteraan masyarakat
9. Pasar bebas ASEAN 2015

Ancaman (*threat*)

1. Jumlah penduduk yang terus naik
2. Peningkatan penyakit degeneratif
3. Disparitas geografis (termasuk infrastruktur) dan pemekaran wilayah
4. Disharmoni kebijakan pemda dan lintas sektor
5. Keterbatasan produksi dokter (terutama spesialis)
6. Ketidakberpihakan anggaran terhadap kesehatan (pusat, DPR dan pemda)
7. Disparitas kualitas lulusan tenaga kesehatan

II. 4 Analisis TOWS

Analisis TOWS dilakukan dengan menekankan arah strategis pada penguatan mutu kelembagaan Ditjen BUK. Berikut disajikan hasil analisis TOWS (Tabel 2). Setiap sel matriks TOWS merupakan alternatif strategi yang yang dipilih oleh Ditjen BUK pada kurun waktu tahun 2015 – 2019 yang diperoleh dari telaahan sebagai berikut:

(i) memanfaatkan *strength* tertentu untuk menghadapi suatu *threat*

(ii) memanfaatkan *strength* tertentu untuk menggapai *opportunity*

(iii) meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan menghadapi *threat* tertentu

(iv) meminimasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan memanfaatkan *opportunity* tertentu

Tabel 1. Analisis TOWS

	OPPORTUNITY (O1 - O9)	THREAT (T1 - T7)
Strength (S1-S6)	S1-O3: Implementasi regulasi dan standarisasi kualitas pelayanan	S6-T5: Mewujudkan pendidikan dokter layanan primer
	S6-O5: Kemitraan untuk meningkatkan sarpras, alkes dan kualitas SDM	S5, S6-T7: Kerjasama institusi pendidikan untuk peningkatan kualitas nakes
		S2-T5, T7: Akredikasi RS
		S3, S5-T2, T5: Optimalisasi Peran UPT Vertikal
		T3: Penguatan sistem rujukan
Weakness (W1-W9)	W1, O1, O5: Pembentukan badan akreditasi puskesmas	W5, W6-T4, T6: Optimalisasi advokasi ke legislatif (alokasi dan prioritas berbasis data)
	W2, W3, O3, O6: Penguatan mutu organisasi dan SDM	W6-T3: Inovasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan akses
	W4, W6, O4: Optimalisasi IT (termasuk untuk perencanaan dan monitoring)	
	W5-O1: Optimalisasi perencanaan terhadap akses pelayaan	
	W7-O2: Penguatan mutu advokasi	
	W9-03: Impelementasi sistem reward dan punishment	
	W8-O3, O9: Peningkatan budaya kinerja	

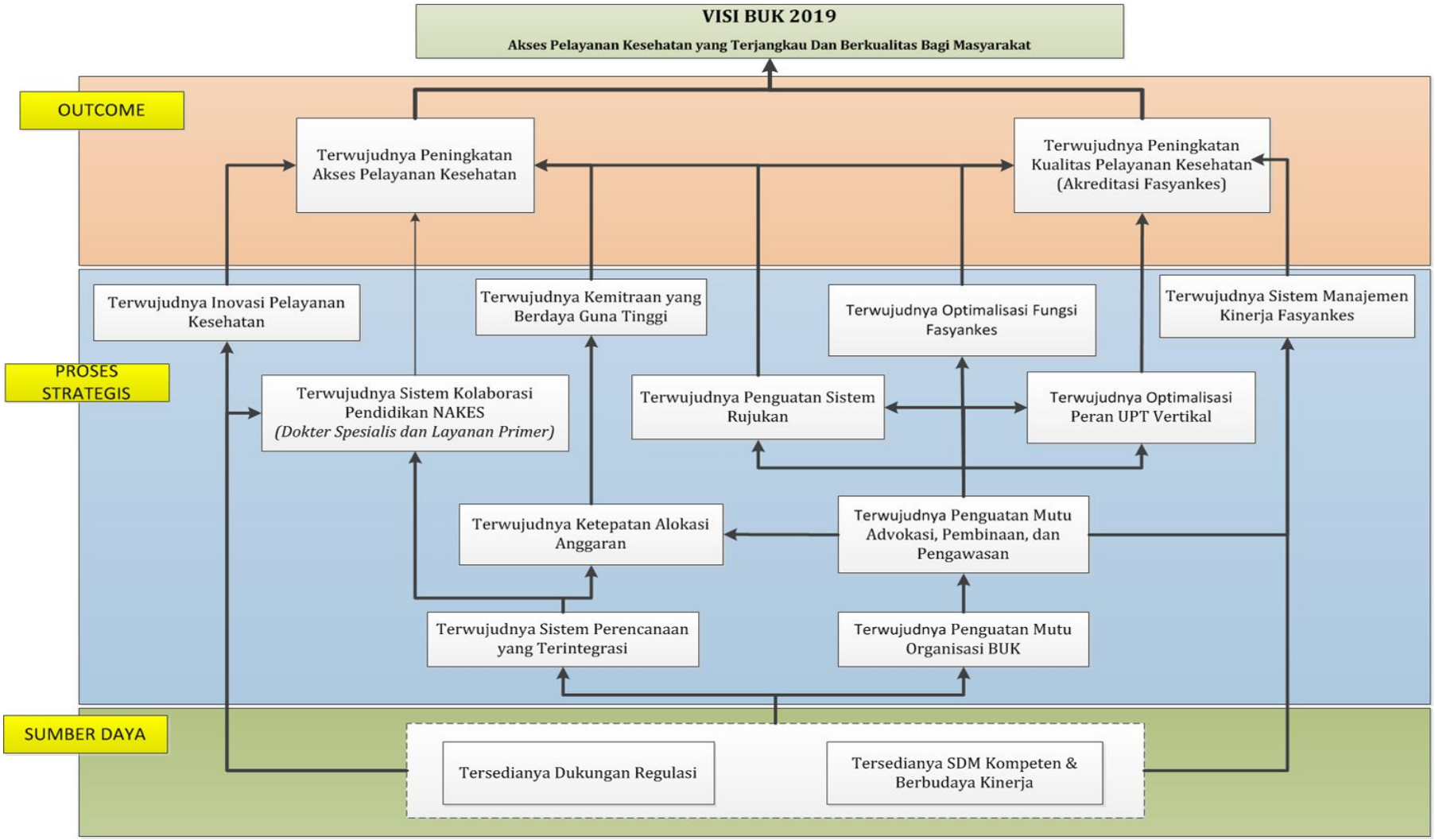
II. 5 Sasaran Strategis

Sasaran strategis menggambarkan rincian dan penjabaran pencapaian Visi Ditjen BUK 2019, yang diperoleh dari tantangan strategis dan analisis TOWS. Sasaran strategis Ditjen BUK 2015-2019 adalah:

1. Terwujudnya Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan
2. Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan (akreditasi fasyankes)
3. Terwujudnya Inovasi pelayanan kesehatan
4. Terwujudnya kemitraan yang berdaya guna tinggi
5. Terwujudnya optimalisasi fungsi fasyankes
6. Terwujudnya sistem manajemen kinerja fasyankes
7. Terwujudnya sistem kolaborasi pendidikan nakes (dokter spesialis dan layanan primer)
8. Terwujudnya penguatan sistem rujukan
9. Terwujudnya Optimalisasi Peran UPT Vertikal
10. Terwujudnya ketepatan alokasi anggaran
11. Terwujudnya penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan
12. Terwujudnya sistem perencanaan yang terintegrasi
13. Terwujudnya penguatan mutu organisasi BUK
14. Tersedianya dukungan regulasi
15. Tersedianya SDM Kompeten dan berbudaya kinerja

II. 6 Peta Strategi

Dalam rangka pencapaian visi 2019, Dirjen BUK telah menetapkan suatu peta strategi yang menggambarkan hipotesis jalinan sebab akibat dari 15 sasaran strategis (yang menggambarkan arah dan prioritas strategis Ditjen BUK yang diperlukan guna memampukannya dalam mencapai target kinerja yang berkelanjutan di masa yang akan datang). Peta strategi pencapaian visi tersebut (Gambar 2) disusun berbasiskan pendekatan *the balanced-score card* dengan memperhatikan peta strategi pada Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019.



Gambar 2. Peta Strategi Ditjen BUK 2015-2019

Peta strategi pencapaian visi Ditjen BUK tersebut dapat dimaknai sebagai berikut. Peta strategi disusun untuk mencapai visi Ditjen BUK 2019 menciptakan *Akses pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat.* Visi tersebut dapat dijabarkan dalam bentuk 2 (dua) tujuan strategis (*outcome*), yaitu: *Terwujudnya peningkatan akses pelayanan kesehatan* dan *terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan (akreditasi fasyankes).*

Terwujudnya peningkatan akses pelayanan kesehatan dapat dicapai dengan memastikan proses-proses strategis berikut dikerjakan secara ekselen yakni: mewujudkan inovasi pelayanan kesehatan, mewujudkan sistem kolaborasi pendidikan tenaga kesehatan (dokter spesialis dan dokter layanan primer), mewujudkan kemitraan yang berdaya guna tinggi, mewujudkan penguatan sistem rujukan dan mewujudkan optimalisasi fungsi fasyankes. Tiga sasaran strategis terakhir juga menjadi kunci untuk memastikan terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, proses-proses strategis lain yang yang harus dilaksanakan secara ekselen adalah mewujudkan sistem manajemen kinerja fasyankes dan mewujudkan optimalisasi peran UPT vertikal. Sasaran-sasaran strategis terkait upaya strategis yang harus dilakukan secara ekselen dalam meningkatkan mutu kelembagaan organisasi BUK adalah: 1) terwujudnya ketepatan alokasi anggaran, 2) terwujudnya penguatan mutu, advokasi, pembinaan dan mutu pengawasan, 3) terwujudnya sistem perencanaan yang terintegrasi, 4) terwujudnya penguatan mutu organisasi BUK.

Agar sasaran-sasaran strategis terkait perspektif upaya strategis dapat dicapai secara berkelanjutan, maka dua sasaran strategis terkait dengan perspektif sumber daya harus diwujudkan: 1) tersedianya dukungan regulasi, 2) tersedianya aparatur BUK yang kompeten dan berbudaya kinerja. Dua sasaran strategis ini merupakan fondasi utama yang sangat menentukan pencapaian visi dan tujuan Kemenkes.

II. 7 Arah Kebijakan

Untuk meningkatkan akses dan mutu fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), maka Ditjen BUK menetapkan arah kebijakan dan strategi yang menjadi basis untuk pelaksanaan program dan kegiatan sebagai berikut:

1. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran dalam rangka pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan yang sesuai standar;

2. Optimalisasi fungsi FKTP, dimana tiap kecamatan memiliki minimal satu Puskesmas yang memenuhi standar;
3. Mewujudkan inovasi pelayanan, misalnya dengan flying health care (dengan sasaran adalah provinsi yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil dan kabupaten/kota yang tidak memiliki dokter spesialis), telemedicine, RS Pratama, dll;
4. Mewujudkan dukungan regulasi yaitu melalui penyusunan kebijakan dan N/S/P/K FKTP;
5. Mewujudkan sistem kolaborasi pendidikan nakes antara lain melalui penguatan konsep dan kompetensi dokter layanan primer (DLP) serta nakes strategis;
6. Mewujudkan penguatanmutu advokasi, pembinaan dan pengawasan ke Pemda dalam rangka penguatan manajemen puskesmas oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota;
7. Mewujudkan system manajemen kinerja FKTP melalui instrumen penilaian kinerja;

Untuk meningkatkan akses dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, maka Ditjen BUK menetapkan arah kebijakan dan strategi yang menjadi basis untuk pelaksanaan program dan kegiatan sebagai berikut:

1. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran dalam rangka pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan di RS yang sesuai standar,
2. Mewujudkan penerapan sistem manajemen kinerja RS sehingga terjamin implementasi *Patient Safety,* standar pelayanan kedokteran dan standar pelayanan keperawatan;
3. Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan untuk percepatan mutu pelayanan kesehatan serta mendorong RSUD menjadi BLUD
4. Optimalisasi peran UPT vertikal dalam mengampu fasyankes daerah,
5. Mewujudkan berbagai layanan unggulan (penanganan kasus tersier) pada rumah sakit rujukan nasional secara terintegrasi dalam *academic health system.*
6. Mewujudkan penguatan sistem rujukan dengan mengembangkan sistem regionalisasi rujukan pada tiap provinsi (satu rumah sakit rujukan regional untuk beberapa kota/kabupaten) dan sistem rujukan nasional (satu rumah sakit rujukan nasional untuk beberapa provinsi),

7. Mewujudkan kemitraan yang berdaya guna tinggi melalui program sister hospital, kemitaan dengan pihak swasta, KSO alat medis, dll.
8. Mewujudkan system kolaborasi pendidikan nakes
9. Mewujudkan berbagai layanan unggulan (penanganan kasus tersier) pada rumah sakit rujukan nasional secara terintegrasi dalam *academic health system.*

BAB III
TARGET KINERJA DAN KEGIATAN PRIORITAS

Mengacu kepada sasaran strategis untuk pencapaian visi Ditjen BUK 2019, terdapat dua sasaran strategis dalam perspektif outcome yakni terwujudnya peningkatan akses pelayanan kesehatan dan terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Masing-masing sasaran strategis outcome tersebut memiliki dua indikator.

Indikator sasaran strategis terwujudnya peningkatan akses pelayanan kesehatan adalah:

- Persentase kecamatan dengan kesiapan akses layanan primer. Kesiapan akses layanan primer pada setiap kecamatan tergambar dari adanya minimal 1 (satu) Puskesmas pada kecamatan tersebut yang memenuhi standar minimal dan memiliki izin penyelenggaraan.
- Persentase kab/kota dengan kesiapan akses layanan rujukan. Kesiapan akses layanan rujukan pada setiap kab/kota tergambar dari dua kriteria: 1) Rasio TT di RS dan Klinik Utama dibanding penduduk kab/kota tersebut memenuhi minimal 1:1000; dan 2) RS kota/kab memiliki jejaring ke RS Rujukan Regional

Indikator sasaran strategis terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan adalah:

- Jumlah RS yang terakreditasi. Akreditasi dilakukan oleh Badan Sertifikasi Independen KARS dengan berbagai tingkat kelulusan Akreditasi dengan menggunakan Standar dan Instrumen Akreditasi versi 2012.
- Jumlah puskesmas yang terakreditasi. Sertifikat akreditasi dikeluarkan oleh Komisi/Lembaga Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer sesuai dengan peraturan yang berlaku.

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

Indikator Outcome	TARGET PROGRAM					
	baseline	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
%kecamatan dengan kesiapan akses layanan primer	-	61	79	85	90	95
%kab/kota dengan kesiapan akses layanan rujukan	50	60	70	80	90	95
Jumlah RS yang terakreditasi	59	440	842	1124	1165	2247
Jumlah puskesmas yang terakreditasi	-	350	700	1400	2800	5600

Untuk mencapai sasaran program beserta target tahunan di atas, maka kegiatan prioritas yang akan dilakukan meliputi:

1. Mewujudkan Inovasi pelayanan kesehatan, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - Jumlah Kab/Kota yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil yang melakukan pelayanan kesehatan bergerak (PKB)
   - Jumlah Kab/Kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya Keswa
   - % Fasyankes IPWL Pecandu Narkotika yang Aktif
   - %RS regional sebagai pengampu pelayanan telemedicine
2. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - % satker yang mendapatkan alokasi anggaran sesuai dengan kriteria prioritas.
3. Mewujudkan kemitraan yang berdaya guna tinggi, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - Jumlah UPT vertikal & RS rujukan regional yang memiliki KSO
   - Jumlah MOU antara RS Pemerintah dan atau antara RS Pemerintah dan RS Swasta untuk meningkatkan akses (kumulatif).
4. Mewujudkan Penguatan sistem rujukan, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - % rujukan yang tepat di RS Kab/Kota
   - % RS umum rujukan regional yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa/psikiatri.
5. Mewujudkan Optimalisasi Peran UPT Vertikal, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - Jumlah RS rujukan regional yang diampu oleh RS rujukan Nasional

6. Mewujudkan system manajemen kinerja fasyankes, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - Jumlah Puskesmas yang telah melaksanakan manajemen Puskesmas
   - Persentase UPT vertical yang sudah memiliki system manajemen kinerja berbasis Renstra
   - Persentase UPT vertical yang dibina dengan indeks kinerja baik sesuai dengan kontrak kinerja
7. Mewujudkan sistem kolaborasi pendidikan nakes (dokter spesialis dan layanan primer), dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - Jumlah RS rujukan regional yang ditetapkan sebagai RS pendidikan.
8. Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - Jumlah provinsi yang memiliki regulasi regionalisasi rujukan
   - Jumlah Kab/Kota yang siap akreditasi Faskes Primer
   - % Kab/Kota yang siap akreditasi faskes Rujukan
   - Jumlah kab/kota yang memiliki daerah terpencil/sangat terpencil (T/ST) yang mempunyai regulasi tentang penetapan Puskesmas T/ST
9. Terwujudnya optimalisasi Fungsi Fasyankes, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
   - Jumlah Puskesmas yang memenuhi standar pelayanan kesehatan primer
   - Jumlah Puskesmas yang menerapkan Perkesmas
   - Jumlah RS Rujukan Regional yang memiliki pelayanan sesuai standar
10. Mewujudkan sistem perencanaan dan monev yang terintegrasi, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
    - % program direktorat yang mengacu kepada daerah sasaran nasional
    - % monitoring dan evaluasi yang terintegrasi berjalan efektif
11. Mewujudkan penguatan mutu organisasi BUK, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
    - Jumlah unit/fungsi di BUK yang mendapatkan sertifikat ISO
    - Jumlah SOP lintas Direktorat yang dihasilkan
    - Tingkat level maturitas tatakelola organisasi BUK

12. Menyediakan dukungan regulasi, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
    - Jumlah regulasi baru/revisi yang dihasilkan
13. Menyediakan SDM kompeten dan berbudaya kinerja, dengan indikator kinerja kegiatan adalah:
    - % karyawan BUK yang memiliki kompetensi yang sesuai
    - % karyawan BUK yang memiliki kinerja unggul

Target tahunan 2015-2019 untuk setiap Indikator Kinerja Kegiatan di atas adalah:

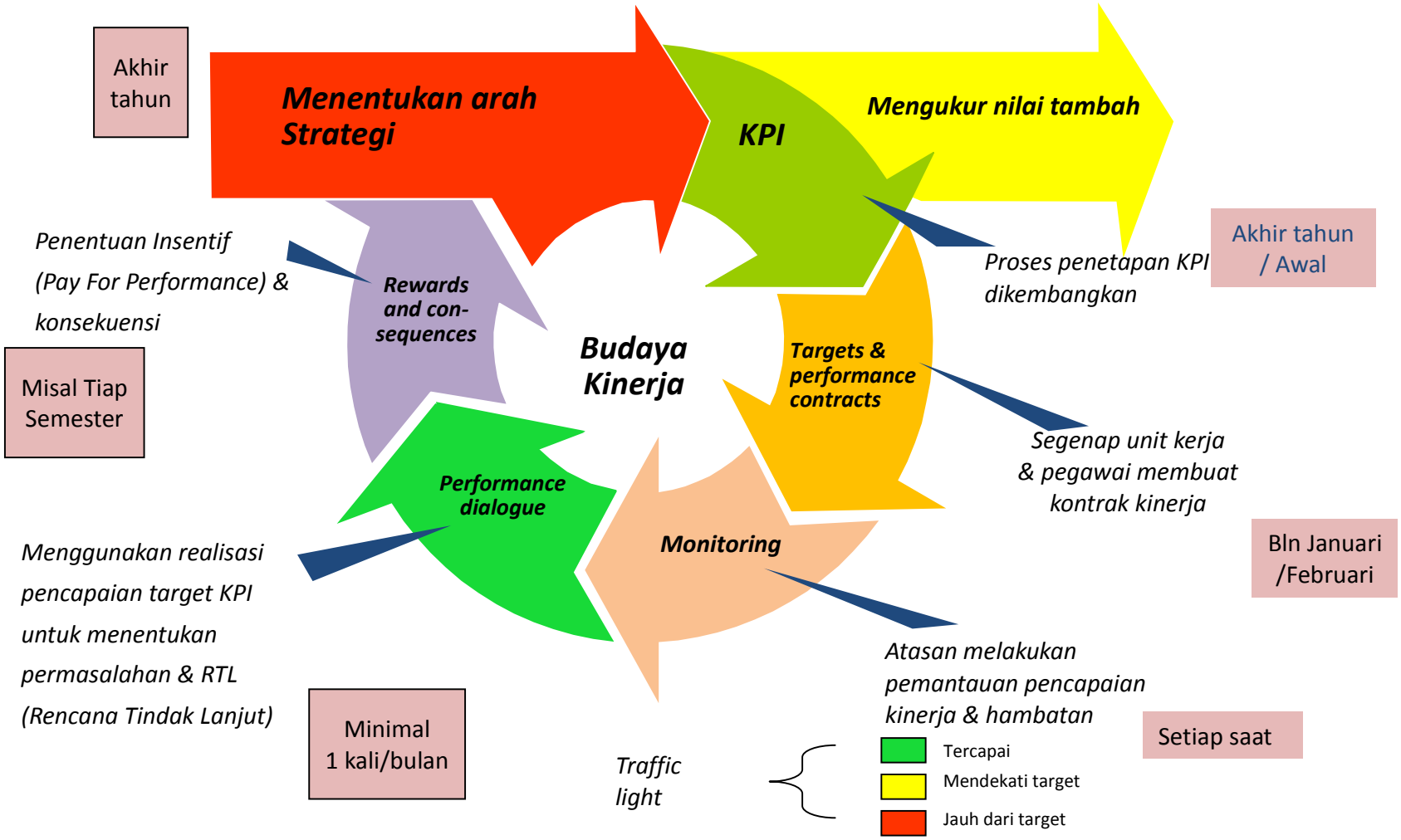
No	IKK	Target					
		2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
1.	% satker yang mendapatkan alokasi anggaran sesuai dengan kriteria prioritas.	100	100	100	100	100	100
2.	Jumlah Kab/Kota yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil yang melakukan pelayanan kesehatan bergerak (PKB)	96	107	118	128	139	150
3.	Jumlah Kab/Kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya Keswa	50	80	130	180	230	280
4.	% Fasyankes IPWL Pecandu Narkotika yang Aktif	16.5	25	30	35	40	50
5.	Prosentase rumah sakit umum rujukan regional yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa/psikiatri	13,53	20	30	40	50	60
6.	% RS regional sebagai pengampu pelayanan telemedicine	0	3	6	12	20	32
7.	Jumlah UPT vertikal & RS rujukan regional yang memiliki KSO	10	10	10	10	10	10
8.	Jumlah MOU antara RS Pemerintah dan atau antara RS Pemerintah dan RS Swasta untuk meningkatkan akses (kumulatif)	4	10	10	10	10	10
9.	% rujukan yang tepat di RS Kab/Kota	0	50	65	75	85	95
10.	Jumlah RS rujukan regional yang diampu oleh RS rujukan Nasional	0	10	20	30	40	50
11.	% UPT vertikal yang sudah memiliki Sistem Manajemen Kinerja berbasis renstra	0	30	40	50	60	70
12.	% UPT vertikal yang dibina dengan indeks kinerja baik sesuai dengan kontrak kinerja	0	60	70	80	90	100
13.	Jumlah Puskesmas yang telah melaksanakan manajemen Puskesmas	0	6706	8280	8698	9033	9414
14.	Jumlah RS rujukan regional yang ditetapkan sebagai RS pendidikan.	13	25	35	45	55	70

15.	Jumlah provinsi yang memiliki regulasi regionalisasi rujukan	15	34	-	-	-	-
16.	Jumlah kab/kota yang memiliki daerah T/ST yang mempunyai regulasi tentang penetapan Puskesmas T/ST.	214	229	247	265	282	318
17.	Jumlah Kab/Kota yang siap akreditasi faskes Primer	0	86	210	266	313	366
18.	% Kab/Kota yang siap akreditasi faskes Rujukan	0	30	50	65	70	80
19.	Jumlah Puskesmas yang memenuhi standar pelayanan kesehatan primer	0	1652	5867	6986	7882	8902
20.	Jumlah Puskesmas yang menerapkan Perkesmas	567	637	721	812	914	1015
21.	Jumlah RS Rujukan Regional yang memiliki pelayanan sesuai standar	0	30	60	90	120	150
22.	% program direktorat yang mengacu kepada daerah sasaran nasional	0	50	60	70	80	90
23.	% monitoring dan evaluasi yang terintegrasi berjalan efektif	0	30	40	60	80	100
24.	Jumlah unit/fungsi di BUK yang mendapatkan sertifikasi ISO	0	5	7	9	11	13
25.	Jumlah SOP Lintas Direktorat yang dihasilkan	10	10	10	10	10	10
26.	Tingkat level maturitas tatakelola organisasi BUK	0	2,5	3	3,3	3,6	4
27.	Jumlah regulasi baru/revisi yang dihasilkan	30	40	40	40	40	40
28.	% karyawan BUK yang memiliki kompetensi yang sesuai	0	70	75	80	85	90
29.	% karyawan BUK yang memiliki kinerja unggul	0	10	25	35	45	50

BAB IV
KERANGKA IMPLEMENTASI RENCANA AKSI BUK

Dalam Rencana Aksi (Renaksi) Ditjen BUK 2015 – 2019 ini terdapat berbagai sasaran strategis dan ukuran keberhasilan kunci yang bertujuan utama untuk menyempurnakan (penguatan) mutu kelembagaan Ditjen BUK. Tantangan dalam penguatan mutu kelembagaan di periode tahun 2015 – 2019 adalah kemampuan untuk mengintegrasikan Renaksi DItjen BUK, pengendalian kinerja, anggaran dan manajemen kinerja di berbagai lapisan dan fungsi organisasi Ditjen BUK. Untuk mengatasi tantangan strategis tersebut, tahapan-tahapan pengendalian kinerja perlu dilakukan demi tercapainya berbagai sasaran strategis Renaksi BUK tahun 2015 – 2019.

Tahapan pengendalian kinerja tersebut dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Kerangka Implementasi Renaksi BUK

Tahapan Kontrak Kinerja. Tahapan kontrak kinerja antara Dirjen BUK dan Eselon II merupakan sebuah tahapan untuk menjabarkan (*cascading*) dan menentukan berbagai sasaran strategis dan target indikator kinerja kunci Renaksi BUK pada berbagai pejabat eselon II di bawah Dirjen BUK, sesuai dengan tanggung jawab dan wewenang yang relevan dari pejabat eselon II tersebut. Kontrak kinerja ini menunjukkan adanya akuntabilitas dari setiap pejabat eselon II kepada Dirjen BUK sebagai penanggung jawab utama atas keberhasilan pencapaian target-target kinerja di periode tahun 2015 - 2019. Dengan pola yang sama, para pejabat eselon II melakukan kontrak kinerja dengan lapisan pejabat eselon III di bawah kendalinya dengan cara menjabarkan target indikator kinerja kunci untuk para pejabat di lingkungannya. Selanjutnya, para pejabat eselon III melakukan kontrak kinerja yang sama dengan para pejabat eselon IV di bawah kendalinya sesuai dengan tanggung jawab dan otoritasnya yang relevan.

Tahapan Pemantauan. Tahapan ini bertujuan untuk memantau status kemajuan penerapan kontrak kinerja. Dalam konteks implementasi Renaksi BUK, status kemajuan pencapaian target kinerja merupakan inti dari pelaksanaan pemantauan *(monitoring)*. Tahapan pemantauan ini sangat dibutuhkan untuk memastikan bahwa kontrak kinerja berada dalam jalur atau di luar jalur. Informasi atas status kemajuan pelaksanaan Renaksi BUK ini akan membantu setiap lapisan organisasi tentang tingkat pencapaian kinerjanya untuk melakukan evaluasi berdasarkan informasi tersebut. Selama ini, kemajuan Renaksi BUK belum sepenuhnya bisa dipantau dan dievaluasi status pencapaiannya dengan basis *monitoring*. Salah satu penyebab utama, di samping karena belum dilembagakannya kontrak kinerja pada semua lapisan organisasi, adalah belum dilakukannya upaya evaluasi sistematis dan terpadu atas pencapaian Renaksi BUK dengan mendasarkan pada hasil *monitoring* pencapaian target kinerja.

Tahapan Dialog Kinerja. Tahapan dialog kinerja ini bertujuan untuk mengevaluasi status kemajuan target kinerja Renaksi BUK. Tahapan dialog kinerja adalah pertemuan evaluasi berkala tentang pencapaian kinerja dengan durasi tertentu (sesuai kebutuhan) antara pimpinan dan para jajaran pimpinan di lapisan organisasi Ditjen BUK yang lebih rendah. Upaya evaluasi tersebut harus ditunjang data dan informasi terintegrasi tentang status kemajuan pencapaian Renaksi BUK.

Tahapan dialog kinerja mempunyai tiga sasaran yang hendak dicapai. Sasaran pertama adalah memeriksa mana saja pencapaian aktual kinerja yang belum mencapai target kinerja sampai kurun waktu tertentu. Pencarian akar masalah dari ketidaktercapaian target kinerja Renaksi BUK merupakan sasaran kedua yang hendak dicapai dari pelaksanaan dialog kinerja. Sasaran ketiga adalah komitmen antara atasan dan jajaran manajemen di bawah kendalinya untuk menentukan rencana tindak lanjut yang diperlukan demi tercapainya target kinerja di masa mendatang.

Tahapan dialog kinerja ini dilakukan cukup sering agar segenap jajaran manajemen pada berbagai lapisan organisasi Ditjen BUK mempunyai umpan balik atas tingkat keberhasilan eksekusi Renaksi BUK dan potensi risiko yang tengah dan akan dihadapi. Selanjutnya setiap dinamika perkembangan status pencapaian target kinerja dapat segera diantisipasi pengendalian upaya penanganannya. Pertemuan dialog kinerja merupakan bentuk pengendalian kinerja atas pelaksanaan Renaksi BUK, yang diharapkan menyediakan gambaran status terakhir atas perkembangan pencapaian sasaran strategis dan target kinerja Renaksi BUK.

Tahapan Manajemen Kinerja. Tahapan ini bertujuan utama untuk menilai keberhasilan pencapaian target kinerja setiap pegawai pada berbagai tingkatan jabatan di lingkungan Ditjen BUK, yang terintegrasi dengan kontrak kinerja satuan (unit) kerja tempat pegawai berkiprah. Kementerian Kesehatan sudah memiliki mekanisme SKP (sistem kinerja pegawai) untuk menilai kinerja pegawai. Namun, SKP perlu diintegrasikan dengan indikator kinerja Renaksi BUK sehingga setiap pegawai di Kemenkes akan mempunyai indikator keberhasilan yang bukan hanya mengukur keberhasilan pegawai dari sudut pemenuhan uraian tugas *(job description)* dan perilaku saja (orientasi proses), namun juga kontribusi setiap pegawai dalam menunjang Renaksi BUK (orientasi hasil).

Tantangan untuk penerapan Renaksi BUK tersebut melalui penerapan keempat tahapan pengendalian kinerja di atas di periode mendatang awalnya mungkin tidak mudah untuk dijalankan. Oleh karena itu, upaya menguatkan kerangka kelembagaan yang dibangun di Ditjen BUK harus lebih menekankan pada transformasi budaya kinerja dan pola pikir, meski pun di dalamnya dituntut adanya perubahan proses bisnis melalui dukungan teknologi informasi.

LAMPIRAN

KAMUS INDIKATOR

IKP-1. % kecamatan dengan kesiapan akses layanan primer

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya peningkatan akses pelayanan kesehatan**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud dengan kecamatan dengan kesiapan akses layanan primer adalah kecamatan yang memiliki minimal 1 (satu) Puskesmas yang memenuhi standar minimal dan memiliki izin penyelenggaraan
Formula	:	Jumlah kecamatan dengan kesiapan akses layanan primer dibagi jumlah total kecamatan pada tahun tersebut dikali 100%
Penanggung Jawab		Direktur BUKD
Sumber Data	:	Laporan SP2TP, Pusdatin, BPS, Kemendagri, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, Biro Kepegawaian Kemkes, Badan PPSDM Kemkes, Biro Perencanaan Kemkes, Ditjen Gizi KIA Kemkes, Bagian PI Ditjen BUK Kemkes
Frekuensi Pengukuran		1 tahun 1 kali (bulan Desember)

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
Baseline	61%	79%	85%	90%	95%

Kegiatan Prioritas

2015	1. Dukungan pemenuhan sumber daya bagi Puskesmas melalui Dinkes Provinsi dan atau Dinkes Kab/Kota. 2. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer 3. Bimbingan dan Evaluasi
2016	1. Dukungan pemenuhan sumber daya bagi Puskesmas melalui Dinkes Provinsi dan atau Dinkes Kab/Kota. 2. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer 3. Bimbingan dan Evaluasi
2017	1. Dukungan pemenuhan sumber daya bagi Puskesmas melalui Dinkes Provinsi dan atau Dinkes Kab/Kota. 2. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer 3. Bimbingan dan Evaluasi
2018	1. Dukungan pemenuhan sumber daya bagi Puskesmas melalui Dinkes Provinsi dan atau Dinkes Kab/Kota. 2. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer 3. Bimbingan dan Evaluasi
2019	1. Dukungan pemenuhan sumber daya bagi Puskesmas melalui Dinkes Provinsi dan atau Dinkes Kab/Kota. 2. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer 3. Bimbingan dan Evaluasi

Catatan

1. Pada tahun 2014 terdapat sekitar 6994 Kecamatan
2. Dukungan pemenuhan sumber daya bagi Puskesmas melalui Dinkes Provinsi dan atau Dinkes Kab/Kota, terdiri dari kegiatan:
   - Dukungan dalam pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan Puskesmas melalui Optimalisasi dana TP dan DAK,
   - Pemenuhan tenaga Puskesmas melalui kebijakan pengangkatan PTT, penugasan khusus, PPDS BK, dsb.
   - Dukungan untuk operasional Puskesmas melalui dana TP (BOK) dan Dekon.

IKP-2. % kab/kota dengan kesiapan akses layanan rujukan

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud dengan kab/kota dengan kesiapan akses layanan rujukan adalah kab/kota yang memiliki: 1. Rasio TT di RS dan Klinik Utama dibanding penduduk 1:1000; dan 2. Memiliki RS dengan jejaring ke RS Rujukan Regional
Formula	:	Jumlah Kab/Kota dengan kesiapan akses layanan rujukan dibagi total kab/kota pada tahun tersebut dikali 100 %
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	BPS, SIRS dan SK Gubernur untuk sistem Rujukan dan SK Direktur RS sebagai Jejaring
Frekuensi Pengukuran		2 kali tahun (Juli dan Desember)

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
50%	60%	70%	80%	90%	95%

Kegiatan Prioritas

2015	1. Implementasi pemenuhan Kab/Kota yang memenuhi akses layanan rujukan (10%) di Provinsi Sumatera Utara, Kalimantan Timur, Aceh, Riau 2. Monitoring dan Evaluasi Kabupaten Kota yang memenuhi akses pelayanan rujukan tahun sebelumnya
2016	1. Peningkatan Pemenuhan akses layanan kesehatan rujukan di Provinsi Sumatera Selatan, Kalimantan Tengah, sulawesi Barat. 2. Monitoring dan Evaluasi serta Pembinaan Kabupaten Kota guna peningkatan kualitas akses pelayanan rujukan tahun sebelumnya
2017	1. Peningkatan Pemenuhan akses layanan kesehatan rujukan di Provinsi Lampung, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Selatan. 2. Monitoring dan Evaluasi serta Pembinaan Kabupaten Kota guna peningkatan kualitas akses pelayanan rujukan tahun sebelumnya
2018	1. Peningkatan Pemenuhan akses layanan kesehatan rujukan di Provinsi Bengkulu, NTT Kalimantan Barat 2. Monitoring dan Evaluasi serta Pembinaan Kabupaten Kota guna peningkatan kualitas akses pelayanan rujukan tahun sebelumnya
2019	1. Peningkatan Pemenuhan akses layanan kesehatan rujukan di Provinsi NTB, Maluku Utara 2. Monitoring dan Evaluasi serta Pembinaan Kabupaten Kota guna peningkatan kualitas akses pelayanan rujukan tahun sebelumnya

Catatan

Saat ini 248 Kabupaten/Kota yang belum terpenuhi TT (Menunggu Data dari PI BUK)

13 Provinsi yang sudah memiliki sistem rujukan yaitu : Jawa Barat, Jawa Tengah, Sumatera Barat, Gorontalo, Sulawesi Selatan, Kalimantan Barat, Kepulauan Riau, Jambi, Maluku, Bali, Yogyakarta, Jawa Timur, Sulawesi Utara

IKP-3. Jumlah RS yang terakreditasi

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan (Akreditasi Fasyankes)**
Definisi Operasional	:	RS terakreditasi adalah RS yang telah tersertifikasi oleh Badan Sertifikasi Independen KARS dengan berbagai tingkat kelulusan Akreditasi menggunakan Standar dan Instrumen Akreditasi versi 2012.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	KARS Subdit Bina Akreditasi RS dan Fasyankes lainnya
Frekuensi Pengukuran		1X setahun Setiap akhir tahun berjalan(Bulan Desember)

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
59	440	842	1124	1165	2247

Kegiatan Prioritas

2015	1. Monitoring dan evaluasi kondisi RS yang akan akreditasi (baru pertama kali, akreditasi ulangan) 2. Monitoring dan evaluasi resertifikasi (versi 2007) 3. Penguatan kesiapan RS untuk Akreditasi 4. Pemenuhan target 150 RS Pemerintah terakreditasi
2016	1. Peningkatan jumlah 300 RS Pemerintah terakreditasi 2. Monitoring dan evaluasi resertifikasi (versi 2007) 3. Penguatan kesiapan RS untuk Akreditasi
2017	1. Peningkatan jumlah 450 RS Pemerintah terakreditasi 2. Monitoring dan evaluasi resertifikasi (versi 2012)
2018	1. Penguatan koordinasi dengan daerah terkait dukungan akreditasi RS di wilayahnya 2. Peningkatan jumlah akreditasi 600 RS Pemerintah terakreditasi 3. Monitoring evaluasi resertifikasi akreditasi RS
2019	Peningkatan pencapaian Target RS Pemerintah terakreditasi tahun 2019 total 800 RS

Catatan Tahun 2014 (Oktober) 2368 RS

IKP-4. Jumlah puskesmas yang terakreditasi

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan (Akreditasi Fasyankes)**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud terakreditasi adalah Puskesmas yang telah memiliki sertifikat akreditasi yang dikeluarkan oleh Komisi/Lembaga Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer sesuai dengan peraturan yang berlaku
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKD
Sumber Data	:	Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kab/Kota, Sekretariat Komisi/Lembaga Akreditasi Fasilitas Pelayanan Primer.
Frekuensi Pengukuran		1 Tahun sekali dan dilakukan pada bulan Desember setiap tahunnya.

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	350	700	1400	2800	5600

Kegiatan Prioritas		
	2015	1. Rekrutmen calon surveyor oleh Komisi Akreditasi 2. TOT Surveyor oleh tim konsultan akreditasi kepada calon tenaga surveyor pusat dan widyaiswara dari Badan PPSDM sebagai calon tenaga pelatih surveyor. 3. Pelatihan surveior di 10 Provinsi tahap pertama. Penentuan Provinsi tahap I berdasarkan 10 Provinsi yang telah merespon surat Dit. BUKD sebagai bentuk komitmen terhadap pelaksanaan akreditasi pada daerah masing-masing. 4. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 10 Provinsi tahap I. 5. Pelatihan pendamping akreditasi di 10 Provinsi tahap I. 6. Penetapan Tim Akreditasi di Tingkat Provinsi oleh Kepala Dinkes Provinsi 7. Penetapan Tim pandamping akreditasi di tingkat kab/kota oleh Kepala Dinkes Kabupaten/Kota 8. Penetapan Tim Akreditasi di tingkat Puskesmas oleh Kepala Puskesmas. 9. Pendampingan persiapan akreditasi ke Dinkes Kab/Kota oleh Tim Akreditasi Dinkes Provinsi, dan pendampingan persiapan ke Puskesmas oleh Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kab/Kota. 10. Pelaksanaan akreditasi pada 250 Puskesmas oleh Komisi/Lembaga Akreditasi Fasilitas pelayanan primer dengan tahapan sebagai berikut: 11. Pengusulan Puskesmas yang siap diakreditasi oleh Dinkes Kab/Kota ke Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer melalui Dinkes Provinsi. 12. Pelaksanaan penilaian oleh Surveyor. 13. Pemberian sertifikasi oleh Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer. 14. Penggalangan dukungan melalui Advokasi dan sosialisasi kebijakan akreditasi fasyankes primer kepada stakeholder terkait secara berjenjang (Level Pusat, Provinsi, Kab/Kota, Tingkat Puskesmas) bagi 6 Provinsi tahap kedua. 15. Workshop persiapan akreditasi di 6 Provinsi tahap II 16. Evaluasi pelaksanaan akreditasi Puskesmas dengan melibatkan lintas program/lintas sektor terkait di level Pusat, Provinsi dan Kab/Kota.
	2016	1. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 6 Provinsi tahap II.

	2. Pelatihan pendamping akreditasi di 6 Provinsi tahap II 3. Penggalangan dukungan melalui Advokasi dan sosialisasi kebijakan akreditasi fasyankes primer kepada stakeholder terkait secara berjenjang (Level Pusat, Provinsi, Kab/Kota, Tingkat Puskesmas) bagi 6 Provinsi tahap III. 4. Pendampingan persiapan akreditasi ke Dinkes Kab/Kota oleh Tim Akreditasi Dinkes Provinsi, dan pendampingan persiapan ke Puskesmas oleh Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kab/Kota. 5. Pelaksanaan akreditasi pada 750 Puskesmas oleh Komisi/Lembaga Akreditasi Fasilitas pelayanan primer dengan tahapan sebagai berikut: 1) Pengusulan Puskesmas yang siap diakreditasi oleh Dinkes Kab/Kota ke Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer melalui Dinkes Provinsi. 2) Pelaksanaan penilaian oleh Surveyor. 3) Pemberian sertifikasi oleh Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer. 6. Evaluasi pelaksanaan Akreditasi Puskesmas dengan melibatkan Lintas Program/Lintas Sektor terkait di level pusat, provinsi, dan Kab/Kota. 7. Workshop persiapan akreditasi di 6 Provinsi tahap III
2017	1. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 6 Provinsi tahap III. 2. Pelatihan pendamping akreditasi di 6 Provinsi tahap III. 3. Pendampingan persiapan akreditasi ke Dinkes Kab/Kota oleh Tim Akreditasi Dinkes Provinsi dan pendampingan persiapan ke Puskesmas oleh Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kab/Kota. 4. Pelaksanaan akreditasi pada 1250 Puskesmas oleh Komisi/Lembaga Akreditasi Fasilitas pelayanan primer. 1) Pengusulan Puskesmas yang siap diakreditasi oleh Dinkes Kab/Kota ke Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer melalui Dinkes Provinsi. 2) Pelaksanaan penilaian oleh Surveyor 3) Pemberian sertifikasi oleh Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer. 5. Penggalangan dukungan melalui Advokasi dan sosialisasi kebijakan akreditasi fasyankes primer kepada stakeholder terkait secara berjenjang (Level Pusat, Provinsi, Kab/Kota, Tingkat Puskesmas) bagi 6 Provinsi tahap IV 6. Evaluasi pelaksanaan akreditasi Puskesmas dengan melibatkan Lintas Program/Lintas sector terkait di level Pusat, Provinsi, dan Kab/Kota. 7. Workshop persiapan akreditasi di 6 Provinsi tahap IV
2018	1. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 6 Provinsi tahap IV. 2. Pelatihan pendamping akreditasi di 6 Provinsi tahap IV. 3. Pendampingan persiapan akreditasi ke Dinkes Kab/Kota oleh Tim Akreditasi Dinkes Provinsi, dan pendampingan persiapan ke Puskesmas oleh Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kab/Kota. 4. Pelaksanaan akreditasi pada 2000 Puskesmas oleh Komisi/Lembaga Akreditasi Fasilitas pelayanan primer dengan tahapan sebagai berikut: 1) Pengusulan Puskesmas yang siap diakreditasi oleh Dinkes Kab/Kota ke Lembaga Akreditasi Fasyankes

	Primer melalui Dinkes Provinsi. 2) Pelaksanaan penilaian oleh Surveyor 3) Pemberian sertifikasi oleh Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer 5. Penggalangan dukungan melalui Advokasi dan sosialisasi kebijakan akreditasi fasyankes primer kepada stakeholder terkait secara berjenjang (Level Pusat, Provinsi, Kab/Kota, Tingkat Puskesmas) bagi 6 Provinsi tahap V. 6. Evaluasi pelaksanaan Akreditasi Puskesmas dengan melibatkan Lintas Program/Lintas Sektor terkait di level Pusat, Provinsi dan Kab/Kota. 7. Workshop persiapan akreditasi di 6 Provinsi tahap V.
2019	1. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 6 Provinsi tahap V. 2. Pelatihan pendamping akreditasi di 6 Provinsi tahap V. 3. Pendampingan persiapan akreditasi ke Dinkes Kab/Kota oleh Tim Akreditasi Dinkes Provinsi, dan pendampingan persiapan ke Puskesmas oleh Tim Pendamping Akreditasi Dinkes Kab/Kota. 4. Pelaksanaan akreditasi pada 3000 Puskesmas oleh Komisi/Lembaga Akreditasii Fasyankes Primer dengan tahapan sebagai berikut: 1) Pengusulan Puskesmas yang siap diakreditasi oleh Dinkes Kab/Kota ke Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer melalui Dinkes Provinsi. 2) Pelaksanaan penilaian oleh Surveyor 3) Pemberian sertifikasi oleh Lembaga Akreditasi Fasyankes Primer 5. Evaluasi pelaksanaan Akreditasi Puskesmas dengan melibatkan lintas program/lintas sector terkait di level Pusat, Provinsi dan Kab/Kota

IKK-1. % satker yang mendapatkan alokasi anggaran sesuai dengan kriteria prioritas.

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Ketepatan alokasi anggaran**
Definisi Operasional	:	Alokasi anggaran yang dimaksud adalah anggaran yang bersumber dari dana Tugas Pembantuan. Satker yang dimaksud adalah RSUD Prov/Kab/Kota dan Dinkes Kab/kota dengan kriteria yang ditetapkan adalah: 1. Kab/ Kota yang menjadi target MDGs 2. Kab/ Kota yang termasuk daerah DTPK 3. Kab/ Kota yang memiliki RS Rujukan Regional (yang ditetapkan dengan SK Gubernur) 4. Kriteria lain yang ditetapkan minimal dengan SK Dirjen
Formula	:	Jumlah satker yang mendapatkan anggaran sesuai dengan kriteria prioritas dibagi dengan jumlah satker yang mendapatkan alokasi anggaran pada tahun tersebut dikali 100 %.
Penanggung Jawab		Sesditjen BUK
Sumber Data	:	Subbag Program
Frekuensi Pengukuran		1X setahun Setiap akhir tahun berjalan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kegiatan Prioritas

2015	1. Penguatan perencanaan berjenjang melalui Dinkes Provinsi menggunakan e-planning BUK 2. Pendampingan proses perencanaan melalui review Inspektorat Jenderal dan Biro Perencanaan 3. Monev Terpadu BUK
2016	1. Penguatan perencanaan berjenjang melalui Dinkes Provinsi menggunakan e-planning BUK 2. Pendampingan proses perencanaan melalui review Inspektorat Jenderal dan Biro Perencanaan 3. Monev Terpadu BUK
2017	1. Penguatan perencanaan berjenjang melalui Dinkes Provinsi menggunakan e-planning BUK 2. Pendampingan proses perencanaan melalui review Inspektorat Jenderal dan Biro Perencanaan 3. Monev Terpadu BUK
2018	1. Penguatan perencanaan berjenjang melalui Dinkes Provinsi menggunakan e-planning BUK 2. Pendampingan proses perencanaan melalui review Inspektorat Jenderal dan Biro Perencanaan 3. Monev Terpadu BUK

Catatan

IKK-2. Jumlah Kab/Kota yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil yang melakukan pelayanan kesehatan bergerak (PKB)

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya inovasi pelayanan kesehatan**
Definisi Operasional	:	Kabupaten/kota yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil yang melakukan atau mendapatkan PKB oleh Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak Provinsi, Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak Kabupaten maupun Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak Puskesmas.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKD
Sumber Data	:	Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kab/Kota
Frekuensi Pengukuran		1 Tahun sekali dan dilakukan pada bulan Desember setiap tahunya.

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
96	107	118	128	139	150

Kegiatan Prioritas

2015	1. Penyusunan Panduan Pelayanan Kesehatan di Daerah Perbatasan. 2. Penelaahan usulan Dekonsentrasi tahun 2016. 3. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Dekonsentrasi Bidang Pembinaan Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2016. 4. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 5. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan Bergerak di 2 regional. 6. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 7. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 16 sasaran.
2016	1. Penelaahan usulan Dekonsentrasi tahun 2017. 2. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Dekonsentrasi Bidang Pembinaan Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2017. 3. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 4. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan Bergerak di 2 regional. 5. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 6. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 16 sasaran.
2017	1. Penelaahan usulan Dekonsentrasi tahun 2018. 2. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Dekonsentrasi Bidang Pembinaan Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2018. 3. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 4. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan Bergerak di 2 regional. 5. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 6. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 16 sasaran.
2018	1. Penelaahan usulan Dekonsentrasi tahun 2019. 2. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Dekonsentrasi Bidang Pembinaan Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2019. 3. Penyusunan Rencana Aksi Nasional Pelayanan Kesehatan di DTPK Tahun 2020 – 2025. 4. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional.

	5. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan Bergerak di 2 regional. 6. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 7. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 32 sasaran.
2019	1. Penelaahan usulan Dekonsentrasi tahun 2020. 2. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Dekonsentrasi Bidang Pembinaan Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2020. 3. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 4. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan Bergerak di 2 regional. 5. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 6. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 32 sasaran.

Catatan

Dasar perhitungan target:

1. Target tahun 2015 sebesar 107 kabupaten/kota (50% dari 214 kabupaten/kota yang memiliki regulasi penetapan daerah terpencil dan sangat terpencil). Penentuan target ini didasarkan pada data kabupaten/kota yang memiliki regulasi penetapan daerah terpencil dan sangat terpencil pada tahun 2014.
2. Target ditahun kedua, ketiga, keempat dan kelima, diperoleh dari penjumlahan kabupaten/kota yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil yang melakukan Pelayanan Kesehatan Bergerak pada tahun berjalan.

Kegiatan Pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil oleh Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak:

1. Pembentukan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak Provinsi
2. Pembentukan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak Kabupaten
3. Pembentukan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak Puskesmas
4. Pemenuhan prasarana, alat, obat Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak
5. Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Bergerak
6. Monitoring dan Evaluasi

IKK-3. Jumlah Kab/Kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya Keswa

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Inovasi Pelayanan Kesehatan**
Definisi Operasional	:	Kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 puskesmas di wilayahnya dengan kriteria: 1. Memiliki minimal 2 (dua) tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa(dokter dan perawat atau tenaga kesehatan lainnya), minimal 30 jam pelatihan, dan 2. Melaksanakan upaya promotif kesehatan jiwa dan preventif terkait kesehatan jiwa secara berkala dan teritegrasi dengan program kesehatan puskesmas lainnya, dan 3. Melaksanakan deteksi dini, penegakan diagnosis, penatalaksanaan awal dan pengelolaan rujukan balik kasus gangguan jiwa.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur Keswa
Sumber Data	:	Laporan Dinas Kesehatan Provinsi, monitoring dan evaluasi upaya keswa di puskesmas, data keswa yang terintegrasi dalam sistem kesehatan nasional.
Frekuensi Pengukuran		1 tahun 1 kali, pada awal bulan November.

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
50	80	130	180	230	280

Kegiatan Prioritas	2015	1. Penyusunan NSPK terkait upaya kesehatan jiwa di puskesmas 2. Penyusunan e-modul dan TOT pelatihan bagi tenaga kesehatan puskesmas terkait keswa. 3. Advokasi pada dinas kesehatan provinsi / kabupaten kota. 4. Bimbingan teknis upaya kesehatan jiwa di puskesmas 5. Penyusunan instrumen monev
	2016	1. Advokasi pada dinas kesehatan provinsi / kabupaten kota 2. Bimbingan teknis upaya kesehatan jiwa di puskesmas 3. Monitoring dan evaluasi upaya kesehatan jiwa di puskesmas
	2017	1. Advokasi pada dinas kesehatan provinsi / kabupaten kota 2. Bimbingan teknis upaya kesehatan jiwa di puskesmas 3. Monitoring dan evaluasi upaya kesehatan jiwa di puskesmas 4. Kajian hasil monev dan RTL
	2018	1. Advokasi pada dinas kesehatan provinsi / kabupaten kota 2. Bimbingan teknis upaya kesehatan jiwa di puskesmas 3. Monitoring dan evaluasi upaya kesehatan jiwa di puskesmas
	2019	1. Advokasi pada dinas kesehatan provinsi / kabupaten kota 2. Kajian hasil monev 3. Perencanaan upaya kesehatan jiwa di puskesmas tahun 2020 – 2024
Catatan		

IKK-4. % Fasyankes IPWL Pecandu Narkotika yang Aktif

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Inovasi Pelayanan Kesehatan**
Definisi Operasional	:	IPWL (Institusi penerima wajib lapor) yang aktif adalah IPWL yang melaporkan kegiatan terkait program wajib lapor pecandu narkotika dan penyalahguna Napza lainnya (ada atau tidak ada pasien).laporan diberikan setiap 6 bulan. Fasyankes IPWL dapat berupa Puskesmas, Klinik, RS Umum, RS jiwa dan lembaga rehabilitasi medis
Formula	:	IPWL aktif = $\frac{\text{IPWL yg melaporkan kegiatan}}{\text{Jumlah IPWL yang telah ditetapkan pada tahun berjalan}}$ X100%
Penanggung Jawab		Direktur Bina Kesehatan Jiwa
Sumber Data	:	Laporan klaim wajib lapor & rehab medis dan laporan SINAPZA
Frekuensi Pengukuran		Setiap tiga bulan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
16,5%	25%	30%	35%	40%	50%

Kegiatan Prioritas

2015	1. Penggalangan implementasi SINAPZA 2. Pemeliharaan SINAPZA untuk memfasilitasi kesulitan teknis dalam pengisian maupun pengunggahan data 3. Advokasi pada pembina / pemilik layanan IPWL daerah 4. Rapat koordinasi terapi rehabilitasi Napza (lintas sektor) 5. Bimbingan teknis rehabilitasi dengan mengikutsertakan narasumber lapangan
2016	1. Penggalangan implementasi SINAPZA 2. Pemeliharaan SINAPZA untuk memfasilitasi kesulitan teknis dalam pengisian maupun pengunggahan data 3. Advokasi pada pembina / pemilik layanan IPWL daerah 4. Rapat koordinasi terapi rehabilitasi Napza (lintas sektor) 5. Bimbingan teknis rehabilitasi dengan mengikutsertakan narasumber lapangan
2017	1. Penggalangan implementasi SINAPZA 2. Pemeliharaan SINAPZA untuk memfasilitasi kesulitan teknis dalam pengisian maupun pengunggahan data 3. Advokasi pada pembina / pemilik layanan IPWL daerah 4. Bimbingan teknis rehabilitasi dengan mengikutsertakan narasumber lapangan 5. Rapat koordinasi terapi rehabilitasi Napza (lintas sektor)
2018	1. Penggalangan implementasi SINAPZA 2. Pemeliharaan SINAPZA untuk memfasilitasi kesulitan teknis dalam pengisian maupun pengunggahan data 3. Bimbingan teknis rehabilitasi dengan mengikutsertakan narasumber lapangan 4. Rapat koordinasi terapi rehabilitasi Napza (lintas sektor)
2019	1. Penggalangan implementasi SINAPZA 2. Pemeliharaan SINAPZA untuk memfasilitasi kesulitan teknis dalam pengisian maupun pengunggahan data 3. Bimbingan teknis rehabilitasi dengan mengikutsertakan narasumber lapangan 4. Rapat koordinasi terapi rehabilitasi Napza (lintas sektor)

Catatan Pada tahun 2013 terdapat 274 IPWL

IKK-5. % RS Rujukan Regional yang menyelenggarakan pelayanan medik kedokteran jiwa / Psikiatri

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Penguatan Sistem Rujukan**
Definisi Operasional	:	Prosentase RS Rujukan Regional yang menyelenggarakan pelayanan medik kedokteran jiwa rawat jalan dan rawat inap kedokteran jiwa / psikiatri oleh tenaga kesehatan yang kompenten . baseline data tahun 2014 adalah 23 RSU atau 13,53 % dari 170 RSU Regional
Formula	:	Jumlah RS Rujukan Regional yang menyelenggarakan pelayanan medik kedokteran jiwa baik rawat jalan dan rawat inap kedokteran jiwa / psikiatri oleh tenaga kesehatan yang kompenten di bagi Jumlah RS Rujukan Regional yang telah ditetapkan X 100 %
Penanggung Jawab		Direktur Bina Kesehatan Jiwa
Sumber Data	:	SIMRS, Risfaskes
Frekuensi Pengukuran		Tahunan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
13,53	20	30	40	50	60

Kegiatan Prioritas

2015	1. Advokasi kepada 34 Pemda Prov dan Kab/kota , LP dan LS untuk menyedia SDM dan Sarana rawat inap dan rawat jalan di RSU Rujukan Regional 2. Koordinasi Lintas Program dalam penyediaan dana pendidikan dokter SpKJ dan perawat spesialis jiwa 3. Mendukung dana pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan jiwa 4. Sosialisasi NSPK Pedoman penyelenggaraan kesehatan jiwa di RSU 5. Peningkatan Kapasitas bagi tenaga kesehatan di RSU di bidang keswa dan Napza
2016	1. Advokasi kepada 34 Pemda Prov dan Kab/kota , LP dan LS untuk menyedia SDM dan Sarana rawat inap dan rawat jalan di RSU Rujukan Regional 2. Koordinasi Lintas Program dalam penyediaan dana pendidikan dokter SpKJ dan perawat spesialis jiwa 3. Mendukung dana pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan jiwa 4. Sosialisasi NSPK Pedoman penyelenggaraan kesehatan jiwa di RSU 5. Peningkatan Kapasitas bagi tenaga kesehatan di RSU di bidang keswa dan Napza
2017	1. Advokasi kepada 34 Pemda Prov dan Kab/kota , LP dan LS untuk menyedia SDM dan Sarana rawat inap dan rawat jalan di RSU Rujukan Regional 2. Koordinasi Lintas Program dalam penyediaan dana pendidikan dokter SpKJ dan perawat spesialis jiwa 3. Mendukung dana pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan jiwa 4. Sosialisasi NSPK Pedoman penyelenggaraan kesehatan jiwa di RSU 5. Peningkatan Kapasitas bagi tenaga kesehatan di RSU di bidang keswa dan Napza

	2018	1. Advokasi kepada 34 Pemda Prov dan Kab/kota , LP dan LS untuk menyedia SDM dan Sarana rawat inap dan rawat jalan di RSU Rujukan Regional 2. Koordinasi Lintas Program dalam penyediaan dana pendidikan dokter SpKJ dan perawat spesialis jiwa 3. Mendukung dana pembangunan sarana dan prasaranapelayanan kesehatan jiwa 4. Sosialisasi NSPK Pedoman penyelenggaraan kesehatan jiwa di RSU 5. Peningkatan Kapasitas bagi tenaga kesehatan di RSU di bidang keswa dan Napza
	2019	1. Advokasi kepada 34 Pemda Prov dan Kab/kota , LP dan LS untuk menyedia SDM dan Sarana rawat inap dan rawat jalan di RSU Rujukan Regional 2. Koordinasi Lintas Program dalam penyediaan dana pendidikan dokter SpKJ 3. Mendukung dana pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan jiwa 4. Monev penyelenggaran pelayanan keswa di RSU Rujakan Regional
Catatan		

IKK-6. % RS rujukan regional sebagai pengampu pelayanan telemedicine

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Inovasi Pelayanan Kesehatan**
Definisi Operasional	:	• Telemedicine adalah pelayanan kesehatan jarak jauh melalui pemanfaatkan teknologi informasi dalam rangka diagnosis dan tatalaksana. Pelayanan telemedicine yang dapat dikembangkan yaitu tele-radiologi, tele-kardiologi, radio-komunikasi medik (tele-conference), video-conference (vicon), teleradiotherapy dsb. • RS Rujukan Regional adalah rumah sakit yang ditetapkan oleh Gubernur untuk memberikan pelayanan rujukan bagi rumah sakit yang ada di wilayah regionalnya. • Pemenuhan telemedicine diprioritaskan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas di DTPK
Formula	:	Jumlah RS Rujukan Regional yang memberikan pelayanan (sebagai pengampu) telemedicine, dibagi dengan seluruh RS rujukan regional, dikalikan 100%.
Penanggung Jawab		Direktur Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan
Sumber Data	:	Pemerintah Daerah (RS yang ditetapkan sebagai RS Regional), Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kab/Kota, Kementerian Kesehatan, Organisasi profesi
Frekuensi Pengukuran		Per tahun

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	3% (5 RS)	6% (10 RS)	12% (20 RS)	20%(35 RS)	32%(55 RS)

Kegiatan Prioritas

2015	1. Pembinaan, penguatan sarana-prasarana dan perangkat telemedicine bagi 5 RS Regional yang memiliki daerah DTPK. 2. Pemenuhan telemedicine bagi faskes diampu di wilayah prioritas (DTPK, Indonesia wilayah timur). 3. Peningkatan akses internet di daerah melalui pemanfaatan VPN SIKNAS (Pusdatin) untuk mendukung telemedicine dan erjasama lintas sektor dengan stakeholder terkait (Kemenkominfo, Bappenas, Telkom, Detiknas, dsb). 4. Penyusunan standar/pola tarif pelayanan telemedicine dalam skema BPJS.
2016	1. Pembinaan, penguatan sarana-prasarana dan perangkat telemedicine bagi 5 RS Regional yang memiliki daerah DTPK 2. Kemitraan dalam pengembangan dan penelitian teknologi dan produk telemedicine dalam negeri yang cost efektif dengan BPPT, K/L Perindustrian, Kemenkominfo, Perguruan Tinggi dan swasta.
2017	1. Pembinaan, penguatan sarana-prasarana dan perangkat telemedicine bagi 10 RS Regional yang memiliki daerah DTPK. 2. Penguatan dan penataan jejaring rujukan telemedicine.
2018	Pembinaan, penguatan sarana-prasarana dan perangkat telemedicine bagi 15 RS Regional yang memiliki daerah DTPK.
2019	1. Pembinaan, penguatan sarana-prasarana dan perangkat telemedicine bagi 20 RS Regional yang memiliki daerah DTPK. 2. Peningkatan kemandirian daerah dalam pengembangan jejaring telemedicine

Catatan

IKK-7. Jumlah UPT vertikal & RS rujukan regional yang memiliki KSO

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Kemitraan yang berdaya guna tinggi**
Definisi Operasional	:	KSO adalah strategi pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan (SPA) untuk mendukung pelayanan kesehatan di UPT-Vertikal dan RS Rujukan Regional melalui kerja sama dengan pihak ke-tiga (investor). Ruang lingkup KSO SPA adalah SPA yang memiliki nilai investasi lebih dari 5 milliar rupiah, antara lain meliputi alat Radiotherapy, CT Scan, MRI, SPECT CT, PET CT, Gamma Camera, ESWL, CSSD dan Laundry, Haemodialisa, Angiografi/Cathlab, Laboratorium Klinik (Authomatic Analyser Spectrophotometer), Gedung, Pneumatic Tube, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Rumah Sakit yang telah melaksanakan KSO, akan diperhitungkan sebagai pencapaian target apabila melaksanakan "KSO baru" yang mengacu pada NSPK KSO SPA.
Formula	:	Jumlah UPT vertikal dan RS rujukan regional yang melakukan KSO SPA pada tahun berjalan
Penanggung Jawab		Direktur Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan
Sumber Data	:	RS Target
Frekuensi Pengukuran		2 kali setahun

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
10	10	10	10	10	10

Kegiatan Prioritas

2015	1. Sosialisasi NSPK KSO SPA kepada RS, Dinas Kesehatan/Pemda dan Penyedia Barang/Jasa (swasta). 2. Pendampingan Tim Teknis KSO SPA di 5 RS Vertikal dan 5 RS BLUD.
2016	1. Peningkatan kemitraan antar Kementerian dan Lembaga (Bea Cukai, Pajak, LKPP, KPPU, BPKP, BKPM) dalam mendukung KSO SPA di RS. 2. Pendampingan Teknis KSO SPA di 10 RS Vertikal dan 10 RS BLUD.
2017	1. Evaluasi kinerja KSO SPA dalam peningkatan mutu dan efisiensi biaya pelayanan RS. 2. Pendampingan Teknis KSO SPA di 15 RS Vertikal dan 15 RS BLUD.
2018	1. Penyusunan sistem informasi kebutuhan KSO SPA RS. 2. Pendampingan Teknis KSO SPA di 20 RS Vertikal dan 20 RS BLUD.
2019	1. Evaluasi NSPK KSO SPA RS. 2. Pendampingan Teknis KSO SPA di 20 RS Vertikal dan 30 RS BLUD

Catatan

IKK-8. Jumlah MOU antara RS Pemerintah dan atau antara RS Pemerintah dan RS Swasta untuk meningkatkan akses (kumulatif)

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Kemitraan yang berdaya guna tinggi**
Definisi Operasional	:	MOU yang dimaksud adalah MOU yang direalisasikan pada tahun berjalan sebagai bentuk kerjasama sesama RS pemerintah atau antara RS Pemerintah dan RS Swasta dalam pemanfaatan bersama sarana dan prasarana layanan kesehatan, misalnya penggunaan TT kelas 3, Perawatan Intensif, kamar operasi dan lain-lain.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	Program Informasi Kemkes yang akan disesuaikan dengan kebutuhan data informasi yang diperlukan
Frekuensi Pengukuran		1 Tahun sekali dilakukan pada bulan Desember

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
4	10	10	10	10	10

Kegiatan Prioritas

2015	1. Pemantapan Implementasi Regulasi dan Monev Kontrak Kinerja : 2. Penyusunan NSPK 3. Review Kontrak Kinerja yang telah ada
2016	1. Penguatan Capaian Kinerja dan Monev terhadap 2. Pemenuhan Standar pelayanan RSU Publik penerima APBN
2017	1. Penguatan Capaian Kinerja dan Monev terhadap 2. Pemenuhan Standar pelayanan RSU Publik penerima APBN
2018	1. Penguatan Capaian Kinerja dan Monev terhadap 2. Pemenuhan Standar pelayanan RSU Publik penerima APBN
2019	1. Penguatan Capaian Kinerja dan Monev terhadap 2. Pemenuhan Standar pelayanan RSU Publik penerima APBN

Catatan

IKK-9. % rujukan yang tepat di RS Kab/Kota

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya penguatan sistem rujukan**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud Rujukan yang tepat adalah kasus yang diterima di RS kabupaten atau kota dari fasyankes primer di luar kriteria panduan praktek klinis atau Permenkes no 5 tahun 2014. kriteria eksklusi adalah kasus-kasus yang dirujujk karena fasyankes primer belum memenuhi standar.
Formula	:	Jumlah kasus yang dirujuk dengan tepat dibagi dengan seluruh kasus rujukan x 100 %
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	1. Rekam Medik Pasien 2. SIRS (SIstem Informasi Rumah Sakit) 3. Data Klaim BPJS 4. Program Informasi Kemkes yang akan disesuaikan dengan kebutuhan data informasi yang diperlukan.
Frekuensi Pengukuran		Tiga bulan sekali

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	50%	65%	75%	85%	95%

Kegiatan Prioritas

2015	1. Pemenuhan ketersediaan data dan informasi terkait kesiapan RS Rujukan Regional yang telah ditetapkan oleh SK Gubernur pada 14 provinsi 2. Monitoring dan evaluasi RS Rujukan Regional yang melaksanakan sistem rujukan berdasarkan SK Gubernur pada 14 Provinsi. 3. Penguatan bimbingan teknis sistem rujukan terhadap RS Rujukan Regional yang telah dilakukan monitoring dan evaluasi pada 14 Propinsi.
2016	1. Pemenuhan ketersediaan data dan informasi terkait kesiapan RS Rujukan Regional yang telah ditetapkan oleh SK Gubernur pada 20 provinsi 2. Monitoring dan evaluasi RS Rujukan Regional yang melaksanakan sistem rujukan berdasarkan SK Gubernur pada 20 Provinsi. 3. Penguatan bimbingan teknis sistem rujukan terhadap RS Rujukan Regional yang telah dilakukan monitoring dan evaluasi pada 20 Propinsi.
2017	1. Pemenuhan ketersediaan data dan informasi terkait kesiapan RS Rujukan Regional yang telah ditetapkan oleh SK Gubernur pada 26 provinsi 2. Monitoring dan evaluasi RS Rujukan Regional yang melaksanakan sistem rujukan berdasarkan SK Gubernur pada 26 Provinsi. 3. Penguatan bimbingan teknis sistem rujukan terhadap RS Rujukan Regional yang telah dilakukan monitoring dan evaluasi pada 26 Propinsi.
2018	1. Pemenuhan ketersediaan data dan informasi terkait kesiapan RS Rujukan Regional yang telah ditetapkan oleh SK Gubernur pada 32 provinsi 2. Monitoring dan evaluasi RS Rujukan Regional yang melaksanakan sistem rujukan berdasarkan SK Gubernur pada 32 Provinsi. 3. Penguatan bimbingan teknis sistem rujukan terhadap RS Rujukan Regional yang telah dilakukan monitoring dan

		evaluasi pada 32 Propinsi.
	2019	1. Pemenuhan ketersediaan data dan informasi terkait kesiapan RS Rujukan Regional yang telah ditetapkan oleh SK Gubernur pada 34 provinsi 2. Monitoring dan evaluasi RS Rujukan Regional yang melaksanakan sistem rujukan berdasarkan SK Gubernur pada 34 Provinsi. 3. Penguatan bimbingan teknis sistem rujukan terhadap RS Rujukan Regional yang telah dilakukan monitoring dan evaluasi pada 2 Propinsi
Catatan	Program Kerja Strategis : Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan regional rujukan	

IKK-10. Jumlah RS rujukan regional yang diampu oleh RS rujukan Nasional

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Optimalisasi peran UPT Vertikal**
Definisi Operasional	:	Tujuan pengampuan RS nasional kepada RS regional adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam layanan, pendidikan dan penelitian.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	
Frekuensi Pengukuran		Mei danOktober/ Tahun

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	10	20	30	40	50

Kegiatan Prioritas

2015	1. Pengembangan 5 (Lima) RSUD menjadi Sister Hospital pertahun 2. Pemetaan RSUD yang menjadi Sister Hospital RS Vertikal kelas A 3. Pembinaan RS Vertikal Kelas A untuk memiliki MOU Sister Hospital dengan RSUD-RSUD
2016	1. Pengembangan 5 (Lima) RSUD menjadi Sister Hospital pertahun 2. Pemetaan RSUD yang menjadi Sister Hospital RS Vertikal kelas A 3. Pembinaan RS Vertikal Kelas A untuk memiliki MOU Sister Hospital dengan RSUD-RSUD 4. Monitoring Evauasi MOU Sister Hospital RSUD dan RS Vertikal kelas A
2017	1. Pengembangan 5 (Lima) RSUD menjadi Sister Hospital pertahun 2. Pemetaan RSUD yang menjadi Sister Hospital RS Vertikal kelas A 3. Pembinaan RS Vertikal Kelas A untuk memiliki MOU Sister Hospital dengan RSUD-RSUD 4. Monitoring Evauasi MOU Sister Hospital RSUD dan RS Vertikal kelas A
2018	1. Pengembangan 5 (Lima) RSUD menjadi Sister Hospital pertahun 2. Pembinaan RS Vertikal Kelas A untuk memiliki MOU Sister Hospital dengan RSUD-RSUD 3. Monitoring Evauasi MOU Sister Hospital RSUD dan RS Vertikal kelas A
2019	1. Pengembangan 5 (Lima) RSUD menjadi Sister Hospital pertahun 2. Pembinaan RS Vertikal Kelas A untuk memiliki MOU Sister Hospital dengan RSUD-RSUD 3. Monitoring Evauasi MOU Sister Hospital RSUD dan RS Vertikal kelas A

Catatan

IKK-11. % UPT Vertikal yang memiliki sistem manajemen berbasis Renstra

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Sistem Manajemen Kinerja Fasyankes**
Definisi Operasional	:	Sistem manajemen berbasis Renstra adalah pengelolaan kinerja UPT Vertikal yang berdasarkan pada langkah-langkah pencapaian sasaran yang telah ditentukan dalam renstra, termasuk dalam monitoring pencapaian indikator kinerja secara rutin bulanan, dan tergambar dari dashboard monitoring pencapaian kinerja yang dapat diakses secara online.
Formula	:	Jumlah UPT Vetikal yang memiliki sistem manajemen berbasis kinerja dibagi dengan jumlah seluruh UPT dikalikan 100%
Penanggung Jawab		Sekretariat Direktorat Jenderal
Sumber Data	:	Rencana Bisnis Anggaran, dan Laporan Perencanaan
Frekuensi Pengukuran		Akhir Tahun (Tahunan)

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	30%	40%	50%	60%	70%

Kegiatan prioritas

2015	• Kontrak kinerja UPT vertikal • Coaching & Dialog kinerja 3 bulanan dengan UPT vertikal • *Reward & consequences*
2016	• Kontrak kinerja UPT vertikal • Coaching & Dialog kinerja 3 bulanan dengan UPT vertikal • *Reward & consequences* • Penyempurnaan RSB
2017	• Kontrak kinerja UPT vertikal • Coaching & Dialog kinerja 3 bulanan dengan UPT vertikal • *Reward & consequences*
2018	• Kontrak kinerja UPT vertikal • Coaching & Dialog kinerja 3 bulanan dengan UPT vertikal • *Reward & consequences* • Penyempurnaan RSB
2019	• Kontrak kinerja UPT vertikal • Coaching & Dialog kinerja 3 bulanan dengan UPT vertikal • *Reward & consequences*

Catatan

IKK-12. % UPT vertikal yang dibina dengan indeks kinerja baik sesuai dengan kontrak kinerja

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Sistem Manajemen Kinerja Fasyankes**
Definisi Operasional	:	Unit Pelaksana Teknis (UPT) vertikal adalah UPT yang berada di lingkungan Ditjen Bina Upaya Kesehatan baik berupa Rumah Sakit/Balai/Loka/Klinik. Kontrak kinerja yang dimaksud adalah antara Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan dengan pimpinan UPT vertikal. Berkinerja baik maksudnya mendapatkan nilai pencapaian kinerja baik berdasarkan penilaian SAKIP oleh Inspektorat Jenderal
Formula	:	Jumlah UPT Vertikal dengan nilai AA ---------- X 100 % Total Jumlah UPT Vertikal (49 UPT)
Penanggung Jawab		Bagian Hukormas/Sub Bagian Organisasi
Sumber Data	:	Rekapitulasi Hasil Review SAKIP oleh Itjen Kemenkes
Frekuensi Pengukuran		Tahunan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	60%	70%	80%	90%	100%

Kegiatan Prioritas

2015	Pembinaan dan fasilitasi Sistem Akuntabilitas Kinerja pada UPT vertikal sesuai Peraturan Menteri PAN dan RB
2016	Pembinaan dan fasilitasi Sistem Akuntabilitas Kinerja pada UPT vertikal sesuai Peraturan Menteri PAN dan RB
2017	Pembinaan dan fasilitasi Sistem Akuntabilitas Kinerja pada UPT vertikal sesuai Peraturan Menteri PAN dan RB
2018	Pembinaan dan fasilitasi Sistem Akuntabilitas Kinerja pada UPT vertikal sesuai Peraturan Menteri PAN dan RB
2019	Pembinaan dan fasilitasi Sistem Akuntabilitas Kinerja pada UPT vertikal sesuai Peraturan Menteri PAN dan RB

Catatan

IKK-13. Jumlah Puskesmas yang telah melaksanakan manajemen Puskesmas

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Sistem Manajemen Kinerja Fasyankes**
Definisi Operasional	:	Puskesmas yang telah melaksanakan manajemen Puskesmas dibuktikan dengan adanya dokumen Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) yang telah mendapat umpan balik oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKD
Sumber Data	:	Bagian PI Ditjen BUK, Laporan SP2TP, Pusdatin, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, BPS, Kemendagri
Frekuensi Pengukuran		1 Tahun sekali dan dilakukan pada bulan Desember setiap tahunnya.

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	6706	8280	8698	9033	9414

Kegiatan Prioritas	2015	1. Review Pedoman Manajemen Puskesmas 2. Sosialisasi Buku Pedoman Manajemen Puskesmas bagi 9 provinsi prioritas MDGs. 3. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekonsentrasi. Workshop dilaksanakan di 9 provinsi prioritas MDGs. 4. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekonsentrasi ataupun APBD, di 9 provinsi prioritas MDGs. 5. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 9 provinsi prioritas MDGs. 6. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 7. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan Puskesmas di 9 provinsi prioritas MDGs (Sumut, Sumsel, Lampung, DKI, Banten, Jabar, Jateng, Jatim, Sumsel). 8. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 9. Penyusunan rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 10. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi. 11. Sosialisasi Pedoman Manajemen Puskesmas bagi 7 Provinsi Prioritas MDGs tahap kedua.
	2016	1. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekonsentrasi. Workshop dilaksanakan di 7 provinsi. 2. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekonsentrasi ataupun APBD, di 7 provinsi. 3. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 7 provinsi. 4. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 5. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat provinsi, kabupaten dan kota bagi 7 provinsi (Kepri, Yogyakarta, NTB, Bali, Kalbar, Sultra, NTT). 6. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang 7. Penyusunan rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 8. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi. 9. Sosialisasi Pedoman Manajemen Puskesmas bagi 6 provinsi prioritas MDGs

	tahap ketiga.
2017	1. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di Pusat, Provinsi, dan Kabupaten, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekon. Workshop dilaksanakan di 6 Provinsi. 2. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekon ataupun APBD, di 6 Provinsi. 3. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 6 Provinsi. 4. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 5. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat Provinsi, Kabupaten dan Kota bagi 6 Provinsi (Aceh, Babel, Kalsel, Sulut, Sulbar, Kaltim). 6. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 7. Penyusunan Rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 8. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi. 9. Sosialisasi Buku Pedoman Manajemen Puskesmas bagi 6 Provinsi Prioritas MDG's tahap keempat.
2018	1. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di Pusat, Provinsi, dan Kabupaten, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekon. Workshop dilaksanakan di 6 Provinsi. 2. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekon ataupun APBD, di 6 Provinsi. 3. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 6 Provinsi. 4. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 5. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat Provinsi, Kabupaten dan Kota di 6 Provinsi (Sumbar, Riau, Bengkulu, Kalteng, Sulteng, Maluku). 6. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 7. Penyusunan Rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 8. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi. 9. Sosialisasi Buku Pedoman Manajemen Puskesmas bagi 6 Provinsi Prioritas MDG's tahap kelima.
2019	1. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di Pusat, Provinsi, dan Kabupaten, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekon. Workshop dilaksanakan di 6 Provinsi. 2. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekon ataupun APBD, di 6 Provinsi. 3. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 6 Provinsi. 4. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 5. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat Provinsi, Kabupaten dan Kota di 6 Provinsi (Kepri, Yogyakarta, NTB, Bali, Kalbar, Sultra, NTT) 6. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 7. Penyusunan Rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 8. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi.

Catatan

Dasar perhitungan target:

1. Target tahun 2015 sebesar 6706 Puskesmas (69% dari 9719 Puskesmas seluruh Indonesia). Penentuan target ini didasarkan pada data jumlah Puskesmas yang mendapat umpan balik PKP dari dinkes kabupaten/kota (Rifaskes 2011).
2. Asumsi Puskesmas yang belum melaksanakan manajemen Puskesmas pada setiap tahapan

(dari tahun 2015 sampai dengan 2019) sebanyak 31%.

3. Target ditahun kedua, diperoleh dari penjumlahan target ditahun pertama dengan jumlah Puskesmas yang belum melaksanakan manajemen Puskesmas di 9 provinsi MDGs tahap pertama.
4. Target ditahun ketiga, diperoleh dari penjumlahan target ditahun kedua dengan jumlah Puskesmas yang belum melaksanakan manajemen Puskesmas di 7 provinsi MDGs tahap kedua.
5. Target ditahun keempat, diperoleh dari penjumlahan target ditahun ketiga dengan jumlah Puskesmas yang belum melaksanakan manajemen Puskesmas di 6 provinsi MDGS tahap ketiga.
6. Target ditahun kelima, diperoleh dari penjumlahan target ditahun keempat dengan jumlah Puskesmas yang belum melaksanakan manajemen Puskesmas di 6 provinsi MDGs tahap keempat.

Rumus penetapan target:

Jumlah Puskesmas target tahun sebelumnya ditambah (31% x jumlah Puskesmas daerah prioritas MDGs tahun sebelumnya).

Keterangan:

- 31% = Persentase Puskesmas yang belum melaksanakan manajemen Puskesmas.
- Rekap wilayah prioritas MDGs per Juni 2014:

Tahap	Tahun	Jumlah				
		Provinsi	Kabupaten	Kota	Kecamatan	Puskesmas
I	2015	9	149	50	3257	5078
II	2016	7	67	11	1001	1348
III	2017	6	57	15	827	1080
IV	2018	6	63	14	893	1229
V	2019	6	63	8	1016	984

Contoh perhitungan untuk target tahun 2016:

Keterangan

- Target tahun 2015 adalah 6706 puskesmas
- Jumlah puskesmas prioritas MDGs tahun 2015 adalah 5078 puskesmas

Maka :

Target tahun 2016 adalah :

= target di tahun 2015 + (31% x jumlah Puskesmas daerah prioritas MDGs tahun 2015).

= 6706 + (31% x 5078)

= 8280 Puskesmas

IKK-14. Jumlah RS rujukan regional yang ditetapkan sebagai RS pendidikan

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya sistem kolaborasi pendidikan nakes (dokter spesialis dan layanan primer)**
Definisi Operasional	:	RS yang dimaksud adalah RS rujukan regional yang ditetapkan sebagai RS Pendidikan (utama atau afiliasi atau satelit).
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	
Frekuensi Pengukuran		Bulan Mei danOktober/ Tahun

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
13	25	35	45	55	70

Kegiatan Prioritas

2015	1. Penguatan Regulasi RSPendidikan ~~2.~~ Monitoring Evaluasi RS yang menyelenggarakan pendidikan profesi Kedokteran 3. Peningkatan Koordinasi Kemenkes dan Kemendikbud mengenai RS Pendidikan 4. Implementasi pemenuhan 20% RS Kelas B ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.
2016	1. Implementasi pemenuhan 35% RS Kelas B ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan. 2. Evaluasi penyelenggaraan pendidikan profesi kedokteran di RS Pemerintah kelas B yang telah ditetapkan
2017	1. Implementasi pemenuhan 50 % RS Kelas B ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan. 2. Evaluasi penyelenggaraan pendidikan profesi kedokteran di RS Pemerintah kelas B yang telah ditetapkan
2018	1. Implementasi pemenuhan 70 % RS Kelas B ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan. 2. Evaluasi penyelenggaraan pendidikan profesi kedokteran di RS Pemerintah kelas B yang telah ditetapkan
2019	1. Implementasi pemenuhan 90 % RS Kelas B ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan. 2. Evaluasi penyelenggaraan pendidikan profesi kedokteran di RS Pemerintah kelas B yang telah ditetapkan

Catatan

IKK-15. Jumlah provinsi yang memiliki regulasi regionalisasi rujukan

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan**
Definisi Operasional	:	Regionalisasi Rujukan adalah penetapan RS Rujukan Regional dalam satu provinsi sebagai pusat rujukan bagi RS Kab/Kota melalui Peraturan Gubernur.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	
Frekuensi Pengukuran		1x per tahun

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
15	34	-	-	-	-

Kegiatan Prioritas

2014	Pemantapan Regulasi Regionalisasi Rujukan
2015	Pemantapan Implementasi Regulasi dan Monev
2016	Pemantapan Implementasi Regulasi dan Monev
2017	Penguatan Fasyankes Rujukan dan Monev
2018	Penguatan Fasyankes Rujukan dan Monev
2019	Penguatan Fasyankes Rujukan dan Monev

Catatan

1. Pemantapan Regulasi melalui upaya :
   - penyusunan NSPK
   - review Pergub yang telah ada, usulkan revisi bila belum sesuai
   - bersama-sama Dinkes mengkaji dan memetakan fasyankes rujukan

2. Pemantapan Implementasi melalui upaya :
   - Advokasi dan Sosialisasi kpd Pemda
   - Memastikan agar Pergub dilaksanakan di masing- masing Prov

3. Penguatan Fasyankes melalui upaya :
   - Pemenuhan standar RS yang telah ditunjuk, baik alkes, sarpras dan SDM
   - Penyiapan akreditasi RS

4. Monev terus dilakukan di untuk memastikan dan mengawal setiap tahapan terlaksana

IKK-16. Jumlah kab/kota yang memiliki daerah T/ST yang mempunyai regulasi ttg penetapan puskesmas T/ST

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan**
Definisi Operasional	:	Kabupaten/kota yang memiliki regulasi tentang penetapan puskesmas terpencil dan sangat terpencil (T/ST) adalah: kabupaten/kota yang memiliki Puskesmas terpencil dan sangat terpencil yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota, berdasarkan kriteria fasilitas pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil dalam Permenkes No. 6 tahun 2013
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKD
Sumber Data	:	• Dinas Kesehatan Provinsi • Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
Frekuensi Pengukuran		1 Tahun sekali dan dilakukan pada bulan Desember setiap tahunnya.

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
214	229	247	265	282	318

Kegiatan Prioritas

2015	1. Penyusunan Panduan Pelayanan Kesehatan di Daerah Perbatasan. 2. Penelaahan usulan menu Dana Alokasi Khusus Bidang Yankes Dasar tahun 2016. 3. Penelaahan usulan Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar tahun 2016. 4. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar Tahun 2016. 5. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 6. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil di 2 regional. 7. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 8. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 16 sasaran.
2016	1. Penelaahan usulan menu Dana Alokasi Khusus Bidang Yankes Dasar tahun 2017. 2. Penelaahan usulan Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar tahun 2017. 3. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar Tahun 2017. 4. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 5. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil di 2 regional. 6. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 7. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 16 sasaran.
2017	1. Penelaahan usulan menu Dana Alokasi Khusus Bidang Yankes Dasar tahun 2018. 2. Penelaahan usulan Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar tahun 2018. 3. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar Tahun 2018. 4. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 5. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil di 2 regional. 6. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 7. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 16 sasaran.
2018	1. Penelaahan usulan menu Dana Alokasi Khusus Bidang Yankes Dasar tahun 2019. 2. Penelaahan usulan Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar

		tahun 2019. 3. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar Tahun 2019. 4. Penyusunan Rencana Aksi Nasional Pelayanan Kesehatan di DTPK Tahun 2020 – 2025. 5. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 6. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil di 2 regional. 7. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 8. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 32 sasaran.
	2019	1. Penelaahan usulan menu Dana Alokasi Khusus Bidang Yankes Dasar tahun 2020. 2. Penelaahan usulan Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar tahun 2020. 3. Penyusunan Petunjuk Teknis Perencanaan dan Penggunaan Dana Tugas Pembantuan Bidang Yankes Dasar Tahun 2020. 4. Workshop Yankes di DTPK di 2 regional. 5. Advokasi tentang Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil di 2 regional. 6. Rapat Koordinasi Teknis Pusat Daerah Yankes Dasar. 7. Pembinaan dan Evaluasi Yankes di DTPK di 32 sasaran.
Catatan	Dasar Perhitungan Target : 1. Target tahun 2015 sebesar 229 kabupaten/kota (65% dari 353 kabupaten/kota yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil). Penentuan target ini didasarkan pada hasil Risfaskes 2011 tentang data kabupaten/kota yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil. 2. Target ditahun kedua, ketiga, keempat dan kelima, diperoleh dari penjumlahan kabupaten/kota yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil yang memiliki regulasi penetapan Puskesmas T/ST pada tahun berjalan.	

IKK-17. Jumlah Kab/Kota yang siap akreditasi faskes primer

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud Kab/Kota yang siap akreditasi faskes primer, yaitu Kab/Kota yang: 1. Memiliki komitmen untuk melaksanakan akreditasi faskes primer, yang dibuktikan dengan adanya SK Tim Pendamping Akreditasi yang ditandatangani oleh Bupati/Walikota atau Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota. 2. Memiliki tim pendamping akreditasi yang terlatih. 3. Adanya dukungan dari Provinsi yang dibuktikan dengan adanya SK Tim Pendamping Akreditasi tingkat Provinsi yang ditandatangani oleh Sekretaris Daerah atau Kepala Dinas Kesehatan Provinsi. 4. Adanya alokasi dana untuk akreditasi di APBD Kabupaten/Kota
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKD
Sumber Data	:	Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kab/Kota, Sekretariat Komisi/Lembaga Akreditasi Fasilitas Pelayanan Primer.
Frekuensi Pengukuran		1 Tahun sekali dan dilakukan pada bulan Desember setiap tahunnya.

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	86	210	266	313	366

Kegiatan Prioritas	2015	1. Terbentuknya lembaga akreditasi yang independent oleh komisi akreditasi, yang terdaftar pada Kementerian Hukum dan HAM sebagai perkumpulan. 2. Rekrutmen calon surveyor oleh komisi akreditasi fasyankes tingkat pertama. 3. Lembaga Akreditasi Fasyankes Tingkat Pertama mengkoodinir pelaksanaan survey oleh tim surveyor bagi fasilitas yang siap dilakukan akreditasi di tahun 2015. Target sebanyak 350 Puskesmas terakreditasi. 4. Pengalokasian anggaran operasional komisi akreditasi fasyankes tingkat pertama. 5. TOT surveyor oleh tim konsultan akreditasi kepada calon tenaga surveyor pusat/anggota komisi akreditasi fasyankes tingkat pertama dan widyaiswara dari Badan PPSDM sebagai calon tenaga pelatih surveyor. 6. Pelatihan surveyor bagi 14 provinsi tahap pertama yang mendapatkan dana dekonsentrasi untuk menu pelatihan pendampingan akreditasi dan 3 Provinsi prioritas tahap pertama intervensi MDGs. Penentuan 14 provinsi tahap pertama berdasarkan respon setiap provinsi terhadap surat Dit. BUKD sebagai bentuk komitmen pelaksanaan akreditasi pada daerah masing-masing. 7. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 17 Provinsi tahap pertama. 8. Penyusunan Permenkes tentang Lembaga independen Akreditasi Fasyankes Tingkat Pertama yang telah terbentuk. 9. Penggalangan dukungan melalui advokasi dan sosialisasi kebijakan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama kepada *stakeholder* terkait secara berjenjang (level pusat, provinsi, kabupaten/kota, tingkat Puskesmas) bagi 6 provinsi tahap kedua. 10. Workshop persiapan akreditasi di 6 provinsi tahap kedua. 11. Evaluasi pelaksanaan akreditasi Puskesmas tahun 2015 dengan melibatkan lintas program/lintas sektor terkait di level pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
	2016	1. Pelatihan surveyor bagi 6 provinsi tahap kedua. Penentuan provinsi tahap kedua berdasarkan provinsi yang telah merespon surat Dit. BUKD sebagai bentuk komitmen terhadap pelaksanaan akreditasi pada daerah masing-

	masing. 2. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 6 provinsi tahap kedua. 3. Lembaga Akreditasi Fasyankes Tingkat Pertama mengkoodinir pelaksanaan survey oleh tim surveyor bagi fasilitas yang siap dilakukan akreditasi di tahun 2016. Target sebanyak 700 Puskesmas terakreditasi. 4. Penggalangan dukungan melalui advokasi dan sosialisasi kebijakan akreditasi Puskesmas dan fasyankes tingkat pertama kepada *stakeholder* terkait secara berjenjang (level pusat, provinsi, kabupaten/kota, tingkat Puskesmas) bagi 5 provinsi tahap ketiga. 5. Workshop persiapan akreditasi di 5 provinsi tahap ketiga. 6. Penyusunan buku *Frequently Asked Question* (FAQ) terkait hal-hal yang sering dipertanyakan mengenai pelaksanaan akreditasi fasyankes tingkat pertama. 7. Mengembangkan sistem IT pelaksanaan akreditasi fasyankes tingkat pertama untuk mempermudah koordinasi lembaga akreditasi fasyankes tingkat pertama dengan koordinator surveyor yang ada di setiap provinsi. Pengembangan sistem IT untuk mempermudah lembaga akreditasi memantau hasil akreditasi fasyankes tingkat pertama. 8. Evaluasi pelaksanaan akreditasi Puskesmas tahun 2016 dengan melibatkan lintas program/lintas sektor terkait di level pusat, provinsi dan kabuapten/kota.
2017	1. Pelatihan surveyor bagi 5 provinsi tahap ketiga. Penentuan provinsi tahap ketiga berdasarkan provinsi yang telah merespon surat Dit. BUKD sebagai bentuk komitmen terhadap pelaksanaan akreditasi pada daerah masing-masing. 2. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 5 provinsi tahap ketiga. 3. Lembaga Akreditasi Fasyankes Tingkat Pertama mengkoordinir pelaksanaan survey oleh tim surveyor bagi fasiltias yang siap dilakukan akreditasi tahun 2017. Target ada sebanyak 1.400 Puskesmas terakreditasi. 4. Penggalangan dukungan melalui advokasi dan sosialisasi kebijakan akreditasi fasyankes tingkat pertama kepada stakeholder terkait secara berjenjang (level pusat, provinsi, kabupaten/kota, tingkat Puskesmas) bagi 6 Provinsi tahap keempat. 5. Workshop persiapan akreditasi di 6 provinsi tahap keempat. 6. Evaluasi pelaksanaan akreditasi Puskesmas tahun 2017 dengan melibatkan lintas program/lintas sektor terkait di level pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.
2018	1. Pelatihan surveyor bagi 6 provinsi tahap keempat. Penentuan provinsi tahap keempat berdasarkan provinsi yang telah merespon surat Dit. BUKD sebagai bentuk komitmen terhadap pelaksanaan akreditasi pada daerah masing-masing. 2. Pelatihan TOT pendamping akreditasi di 6 provinsi tahap keempat. 3. Lembaga Akreditasi Fasyankes Tingkat Pertama mengkoordinir pelaksanaan survey oleh tim surveyor bagi fasilitas yang siap dilakukan akreditasi tahun 2018. Target ada sebanyak 2.800 Puskesmas terakreditasi. 4. Pemberian sertifikasi oleh Lembaga Akreditasi Fasyankes Tingkat Pertama. 5. Menyampaikan surat ke dinas kesehatan provinsi, agar dinkes provinsi mengusulkan jumlah tim survey yang diperlukan untuk dilatih pada tahun 2019. Pada tahun 2018 di 34 provinsi telah memiliki masing-masing satu tim survey akreditasi fasyankes tingkat pertama. 6. Evaluasi pelaksanaan akreditasi Puskesmas tahun 2018 dengan melibatkan lintas program/lintas sektor terkait di level pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.
2019	1. Pelatihan surveyor untuk penambahan tim survey bagi provinsi prioritas yang membutuhkan sesuai kriteria yaitu provinsi yang memiliki jumlah fasilitas

	tingkat pertama yang banyak. 2. Lembaga Akreditasi Fasyankes Tingkat Pertama mengkoordinir pelaksanaan survey oleh tim surveyor bagi fasilitas yang siap dilakukan akreditasi tahun 2019. Target ada sebanyak 5.600 Puskesmas terakreditasi. 3. Pemantauan kemampuan kompetensi tim survey yang telah dilatih pada tahap pertama oleh lembaga akreditasi. 4. Mengevaluasi standar pelayanan yang ada pada instrumen akreditasi apakah masih sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. 5. Evaluasi pelaksanaan akreditasi Puskesmas tahun 2019 dengan melibatkan lintas program/lintas sektor terkait di level pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. 6. Melalukan evaluasi terhadap standar akreditasi fasyankes tingkat pertama.

Catatan

Dasar Perhitungan Target :

1. Target tahun 2015 sebesar 86 kabupaten/kota (17% dari 497 kabupaten/kota seluruh Indonesia). Penentuan target ini didasarkan pada data kabupaten/kota yang memiliki Puskesmas yang sudah ISO (Data 2013).
2. Asumsi kabupaten/kota yang belum siap akreditasi faskes primer pada setiap tahapan (dari tahun 2015 sampai dengan 2019) sebanyak 83%.
3. Target ditahun kedua, diperoleh dari penjumlahan target ditahun pertama dengan jumlah kabupaten/kota yang belum siap akreditasi faskes primer di 9 provinsi MDGs tahap pertama.
4. Target ditahun ketiga, diperoleh dari penjumlahan target ditahun kedua dengan jumlah kabupaten/kota yang belum siap akreditasi faskes primer di 7 provinsi MDGs tahap kedua.
5. Target ditahun keempat, diperoleh dari penjumlahan target ditahun ketiga dengan jumlah kabupaten/kota yang belum siap akreditasi faskes primer di 6 provinsi MDGs tahap ketiga.
6. Target ditahun kelima, diperoleh dari penjumlahan target ditahun keempat dengan jumlah kabupaten/kota yang belum siap akreditasi faskes primer di 6 provinsi MDGs tahap keempat.

Rumus penetapan target :

Jumlah kabupaten/kota target tahun sebelumnya ditambah
(83% x jumlah kab/kota daerah prioritas MDGs tahun sebelumnya).

Keterangan:

- 83% = Persentase kabupaten/kota yang belum siap akreditasi faskes primer
- Rekap wilayah prioritas MDGs per Juni 2014:

Tahap	Tahun	Jumlah				
		Provinsi	Kabupaten	Kota	Kecamatan	Puskesmas
I	2015	9	149	50	3257	5078
II	2016	7	67	11	1001	1348
III	2017	6	57	15	827	1080
IV	2018	6	63	14	893	1229
V	2019	6	63	8	1016	984

Contoh perhitungan untuk target tahun 2016:

Keterangan:

- Jumlah kab/kota di daerah prioritas MDGs tahap pertama (tahun 2015) adalah 149 kab/kota.
- Target tahun 2015 = 86 kabupaten/kota.

Maka :

Target tahun 2016 adalah :

= target di tahun 2015 + (83% x jumlah kab/kota daerah prioritas MDGs tahun 2015).

= 86 + (83% x 149)

= 210 kabupaten/kota

IKK-18. % Kab/Kota yang siap akreditasi faskes Rujukan

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud Kab/Kota yang siap akreditasi faskes rujukan, yaitu Kab/Kota yang: 1. Memiliki komitmen untuk melaksanakan akreditasi RS, yang dibuktikan dengan adanya SK Tim Pendamping Akreditasi yang ditandatangani oleh Bupati/Walikota atau Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota. 2. Memiliki tim pendamping akreditasi yang terlatih.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	KARS Subdit Bina Akreditasi RS dan Fasyankes lainnya Dinkes Kab/ Kota
Frekuensi Pengukuran		1X setahun Setiap akhir tahun berjalan (Bulan Desember)

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	30% (153)	50 % (255)	65 % (332)	70 % (358)	80 % (410)

Kegiatan Prioritas

2015	1. Monitoring dan evaluasi Kab/ Kota yang siap melaksanakan akreditasi faskes 2. Penguatan kesiapan Kab/ Kota yang siap melaksanakan Akreditasi Faskes Rujukan 3. Pemenuhan target 30% Kab / Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan
2016	1. Peningkatan prosentase Kab. Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan menjadi 50% 2. Penguatan kesiapan Kab/ Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan
2017	1. Peningkatan prosentase Kab. Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan menjadi 65% 2. Penguatan kesiapan Kab/ Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan
2018	1. Peningkatan prosentase Kab. Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan menjadi 70% 2. Penguatan kesiapan Kab/ Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan
2019	1. Peningkatan prosentase Kab. Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan menjadi 80% 2. Penguatan kesiapan Kab/ Kota yang siap melaksanakan akreditasi Faskes Rujukan

Catatan

IKK-19. Jumlah Puskesmas yang memenuhi standar pelayanan kesehatan primer

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Optimalisasi Fungsi Fasyankes**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud dengan Puskesmas yang memenuhi standar pelayanan kesehatan primer adalah Puskesmas yang terintegrasi, sesuai dengan Permenkes No.75 Tahun 2014 tentang Puskesmas.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKD
Sumber Data	:	Bagian PI Ditjen BUK, Laporan SP2TP, Pusdatin, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, BPS, Kemendagri
Frekuensi Pengukuran		1 Tahun sekali dan dilakukan pada bulan Desember setiap tahunnya.

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0 (baseline)	1652	5867	6986	7882	8902

Kegiatan Prioritas

2015	1. Dukungan dalam pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan Puskesmas di 9 provinsi prioritas MDGs (Sumut, Sumsel, Lampung, DKI Jakarta, Banten, Jabar, Jateng, Jatim, Sulsel) dan DTPK melalui optimalisasi dana TP dan DAK. 2. Pemenuhan tenaga Puskesmas melalui kebijakan pengangkatan tenaga di 9 provinsi prioritas MDGs oleh provinsi dan kabupaten/kota. 3. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di pusat, provinsi, dan kabupaten, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekonsentrasi. 4. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekonsentrasi ataupun APBD, di 9 Provinsi prioritas MDGs. 5. Dukungan untuk operasional Puskesmas. 6. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 7. Sosialisasi & advokasi NSPK yankes primer bagi 9 provinsi prioritas MDGs (Sumut, Sumsel, Lampung, DKI, Banten, Jabar, Jateng, Jatim, Sumsel) dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor secara berjenjang dari pusat ke provinsi, provinsi ke kabupaten/kota, dan kabupaten/kota ke Puskesmas. 8. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan Puskesmas di 9 provinsi prioritas MDGs (Sumut, Sumsel, Lampung, DKI, Banten, Jabar, Jateng, Jatim, Sumsel). 9. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 10. Penyusunan rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 11. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi.
2016	1. Dukungan dalam pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan Puskesmas di 7 provinsi (Kepri, Yogyakarta, NTB, Bali, Kalbar, Sultra, NTT) dan DTPK melalui optimalisasi dana TP dan DAK. 2. Pemenuhan tenaga Puskesmas melalui kebijakan pengangkatan tenaga di 7 provinsi, oleh provinsi dan kabupaten/kota.

	3. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekonsentrasi. Workshop dilaksanakan di 7 provinsi. 4. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekonsentrasi ataupun APBD, di 7 provinsi. 5. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 7 provinsi. 6. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 7. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer. 8. Sosialisasi & advokasi NSPK yankes primer bagi 7 provinsi (Kepri, Yogyakarta, NTB, Bali, Kalbar, Sultra, NTT) dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor, secara berjenjang dari pusat ke provinsi, provinsi ke kabupaten/kota, dan kabupaten/kota ke Puskesmas. 9. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat provinsi, kabupaten dan kota bagi 7 provinsi (Kepri, Yogyakarta, NTB, Bali, Kalbar, Sultra, NTT). 10. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 11. Penyusunan rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 12. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi.
2017	1. Dukungan dalam pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan Puskesmas di 6 provinsi (Aceh, Babel, Kalsel, Sulut, Sulbar, dan Kaltim) dan DTPK melalui optimalisasi dana TP dan DAK. 2. Pemenuhan tenaga Puskesmas melalui kebijakan pengangkatan tenaga di 6 provinsi, oleh provinsi dan kabupaten/kota. 3. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekonsentrasi. Workshop dilaksanakan di 6 provinsi. 4. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekonsentrasi ataupun APBD, di 6 Provinsi. 5. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 6 Provinsi. 6. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 7. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer. 8. Sosialisasi & advokasi NSPK yankes primer bagi 6 provinsi (Aceh, Babel, Kalsel, Sulut, Sulbar, Kaltim) dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor, secara berjenjang dari pusat ke provinsi, provinsi ke kabupaten/kota, dan kabupaten/kota ke Puskesmas. 9. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat provinsi, kabupaten dan kota bagi 6 Provinsi (Aceh, Babel, Kalsel, Sulut, Sulbar, Kaltim). 10. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 11. Penyusunan rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 12. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk

	melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi.
2018	1. Dukungan dalam pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan Puskesmas di 6 provinsi (Sumbar, Riau, Bengkulu, Kalteng, Sulteng, Maluku) dan DTPK melalui optimalisasi dana TP dan DAK. 2. Pemenuhan tenaga Puskesmas melalui kebijakan pengangkatan tenaga di 6 Provinsi, oleh provinsi dan kabupaten/kota. 3. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekonsentrasi. Workshop dilaksanakan di 6 Provinsi. 4. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekonsentrasi ataupun APBD, di 6 Provinsi. 5. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 6 Provinsi. 6. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 7. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer. 8. Sosialisasi & advokasi NSPK yankes primer bagi 6 provinsi (Sumbar, Riau, Bengkulu, Kalteng, Sulteng, Maluku) dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor, secara berjenjang dari pusat ke provinsi, provinsi ke kabupaten/kota, dan kabupaten/kota ke Puskesmas. 9. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat provinsi, kabupaten dan kota di 6 provinsi (Sumbar, Riau, Bengkulu, Kalteng, Sulteng, Maluku). 10. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 11. Penyusunan rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu. 12. Penghargaan bagi Puskesmas yang telah berupaya untuk melaksanakan pelayanan sesuai standar melalui ajang Penilaian Puskesmas Berprestasi.
2019	1. Dukungan dalam pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan Puskesmas di 6 provinsi (Jambi, Gorontalo, Maluku Utara, Papua, Papua Barat, Kaltara) dan DTPK melalui optimalisasi dana TP dan DAK. 2. Pemenuhan tenaga Puskesmas melalui kebijakan pengangkatan tenaga di 6 provinsi, oleh provinsi dan kabupaten/kota. 3. Workshop penguatan pembinaan manajemen Puskesmas secara berjenjang di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota, melalui dana APBN, APBD, ataupun Dekonsentrasi. Workshop dilaksanakan di 6 Provinsi. 4. Peningkatan kapasitas tenaga Puskesmas melalui pelatihan manajemen Puskesmas yang diselenggarakan melalui dana Dekonsentrasi ataupun APBD, di 6 provinsi. 5. Dukungan untuk operasional Puskesmas di 6 Provinsi. 6. Advokasi dan sosialisasi kepada stakeholder terkait secara berjenjang dalam upaya pencapaian kinerja. 7. Penyusunan NSPK pelayanan kesehatan primer. 8. Sosialisasi & advokasi NSPK yankes primer bagi 7 provinsi (Kepri, Yogyakarta, NTB, Bali, Kalbar, Sultra, NTT) dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor, secara

		berjenjang dari pusat ke provinsi, provinsi ke kabupaten/kota, dan kabupaten/kota ke Puskesmas. 9. Monev terpadu secara berjenjang di tingkat provinsi, kabupaten dan kota di 6 provinsi (Kepri, Yogyakarta, NTB, Bali, Kalbar, Sultra, NTT). 10. Analisa hasil monev terpadu secara berjenjang. 11. Penyusunan rekomendasi dan rencana tindak lanjut hasil monev terpadu.
Catatan		

IKK-20. Jumlah Puskesmas Yang Menerapkan Perkesmas

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya optimalisasi fungsi fasyankes**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud dengan puskesmas yang menerapkan perkesmas adalah puskesmas melakukan asuhan keperawatan dengan output minimal: - 100 individu dibina - 40 keluarga rawan dibina - 1 kelompok dibina - 1 desa dibina Note : Mengacu kepada UU Keperawatan
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik
Sumber Data	:	Self assesment, survey lapangan, laporan dinas kesehatan kabupaten/kota
Frekuensi Pengukuran		Satu tahun satu kali dilaksanakan pada trimester ketiga.

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
567	637	721	812	914	1015

Kegiatan Prioritas

2015	1. Penyusunan NSPK: Pedoman Pengelolaan Perkesmas di Dinas Kesehatan, Juknis Standar Perkesmas, Juknis Rumah Perawatan 2. Penguatan peran Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas terintegrasi dengan Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat. 3. Penguatan peran di Provinsi DTPK dan Dinkes Kab/Kota dalam pelayanan pengobatan di puskesmas yang tidak ada dokter
2016	1. Penyusunan NSPK: Pedoman Perkesmas DTPK, Perkotaan, Pedesaan. 2. Roll out Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas. 3. Rakontek terpadu dalam pengembangan perkesmas di puskesmas. 4. Penguatan peran di Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas. 5. Pendampingan penerapan perkesmas di Dinkes Provinsi dan Kab/Kota. 6. Penguatan peran di Provinsi DTPK di Dinkes Kab/Kota dalam pelayanan pengobatan di puskesmas yang tidak ada dokter.
2017	1. NSPK terkait perkesmas 2. Roll out Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas 3. Penguatan peran di Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas 4. Pendampingan penerapan perkesmas di Dinkes Provinsi dan Kab/Kota. 5. Penguatan peran di Provinsi DTPK di Dinkes Kab/Kota dalam pelayanan pengobatan di puskesmas yang tidak ada dokter
2018	1. NSPK terkait perkesmas 2. Roll out Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas 3. Rakontek terpadu pelaksanaan perkesmas di puskesmas 4. Pemodelan peningkatan kualitas pelaksanaan perkesmas 5. Penguatan peran di Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas 6. Pendampingan penerapan perkesmas di Dinkes Provinsi dan Kab/Kota.

		7. Penguatan peran di Provinsi DTPK di Dinkes Kab/Kota dalam pelayanan pengobatan di puskesmas yang tidak ada dokter
	2019	1. NSPK terkait perkesmas 2. Roll out Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas 3. Pemodelan peningkatan kualitas pelaksanaan perkesmas 4. Penguatan peran di Dinkes Kab/Kota dalam penerapan perkesmas 5. Pendampingan penerapan perkesmas di Dinkes Provinsi dan Kab/Kota. 6. Penguatan peran di Provinsi DTPK di Dinkes Kab/Kota dalam pelayanan pengobatan di puskesmas yang tidak ada dokter
Catatan		

IKK-21. Jumlah RS Rujukan Regional yang memiliki pelayanan sesuai standar

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya Optimalisasi Fungsi Fasyankes**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud dengan RS rujukan regional yang memiliki pelayanan sesuai standar yaitu RS yang telah memenuhi standar sebagai RS Kelas B dan menerapkan program prioritas yang terkait dengan peningkatan mutu layanan
Formula	:	
Penanggung Jawab		Direktur BUKR
Sumber Data	:	SIMRS
Frekuensi Pengukuran		3 bulanan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	30	60	90	120	150

Kegiatan Prioritas

2015	Pemetaan kinerja pelayanan dan manajerial RS Rujukan Regional Pemenuhan standar pelayanan Sister hospital Bimbingan Teknis
2016	Pemetaan kinerja pelayanan dan manajerial RS Rujukan Regional Pemenuhan standar pelayanan Sister hospital Bimbingan Teknis
2017	Pemetaan kinerja pelayanan dan manajerial RS Rujukan Regional Pemenuhan standar pelayanan Sister hospital Bimbingan Teknis
2018	Pemetaan kinerja pelayanan dan manajerial RS Rujukan Regional Pemenuhan standar pelayanan Sister hospital Bimbingan Teknis
2019	Pemetaan kinerja pelayanan dan manajerial RS Rujukan Regional Pemenuhan standar pelayanan Sister hospital Bimbingan Teknis

Catatan

IKK-22. % Program Direktorat yang mengacu kepada daerah sasaran nasional

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya sistem perencanaan dan Monev yang terintegrasi**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud dengan program direktorat yang mengacu kepada daerah sasaran nasional adalah program atau kegiatan yang telah dilaksanakan oleh direktorat di lingkungan Ditjen BUK yang mengacu pada pencapaian sasaran atau target yang menjadi prioritas di daerah sasaran nasional yang ditetapkan melalui SK Menkes atau SK Dirjen BUK.
Formula	:	Program atau kegiatan direktorat yang mengacu kepada daerah sasaran nasional dibagi Total program atau kegiatan di direktorat x 100%
Penanggung Jawab		Sesditjen BUK
Sumber Data	:	▪ Laporan kegiatan masing-masing direktorat (Laptah, LAKIP) serta ▪ Data perencanaan dan anggaran kegiatan dari direktorat maupun bagian PI
Frekuensi Pengukuran		6 bulanan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	50	60	70	80	90

Kegiatan Prioritas

2015	Pemetaan program atau kegiatan yang mengacu kepada sasaran MDGs pada daerah sasaran nasional Pengusulan kegiatan sebagai kegiatan prioritas untuk dianggarkan Pelaksanaan evaluasi
2016	Pemetaan program atau kegiatan yang mengacu kepada sasaran MDGs pada daerah sasaran nasional Pengusulan kegiatan sebagai kegiatan prioritas untuk dianggarkan Pelaksanaan evaluasi
2017	Pemetaan program atau kegiatan yang mengacu kepada sasaran MDGs pada daerah sasaran nasional Pengusulan kegiatan sebagai kegiatan prioritas untuk dianggarkan Pelaksanaan evaluasi
2018	Pemetaan program atau kegiatan yang mengacu kepada sasaran MDGs pada daerah sasaran nasional Pengusulan kegiatan sebagai kegiatan prioritas untuk dianggarkan Pelaksanaan evaluasi
2019	Pemetaan program atau kegiatan yang mengacu kepada sasaran MDGs pada daerah sasaran nasional Pengusulan kegiatan sebagai kegiatan prioritas untuk dianggarkan Pelaksanaan evaluasi

Catatan

IKK-23. % monitoring dan evaluasi yang terintegrasi berjalan efektif

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya sistem perencanaan dan Monev yang terintegrasi**
Definisi Operasional	:	• Monev (monitoring dan evaluasi) terintegrasi adalah Monev yang dilaksanakan dengan instrumen terintegrasi (gabungan seluruh instrumen dari unit es2 di BUK) secara efektif (tujuan tercapai, tepat sasaran dan tepat waktu). • Tujuan tercapai adalah menghasilkan data dan rencana tindak lanjut. • Tepat sasaran adalah seluruh tempat tujuan/objek pengambilan instrumen mewakili populasi. • Tepat waktu adalah pelaksanaan waktu pengambilan data sesuai jadwal rentang waktu yang disusun di awal.
Formula	:	Jumlah pelaksanaan evaluasi terintegrasi yang berjalan efektif **dibagi dengan** seluruh pelaksanaan evaluasi terintegrasi **dikalikan** 100%
Penanggung Jawab		Sesditjen BUK
Sumber Data	:	1X setahun Triwulan II tahun berjalan (evaluasi program/kegiatan satu tahun sebelumnya)
Frekuensi Pengukuran		

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	30%	40%	60%	80%	100%

Kegiatan Prioritas

2015	Workshop Monev Pengembangan dashboard Pelatihan SDM evaluasi instrumen terintegrasi Pelaksanaan evaluasi terintegrasi
2016	Workshop Monev Pengembangan dashboard Pelatihan SDM evaluasi instrumen terintegrasi Pelaksanaan evaluasi terintegrasi
2017	Workshop Monev Pengembangan dashboard Pelatihan SDM evaluasi instrumen terintegrasi Pelaksanaan evaluasi terintegrasi
2018	Workshop Monev Pengembangan dashboard Pelatihan SDM evaluasi instrumen terintegrasi Pelaksanaan evaluasi terintegrasi
2019	Workshop Monev Pengembangan dashboard Pelatihan SDM evaluasi instrumen terintegrasi Pelaksanaan evaluasi terintegrasi

Catatan

1. Perlu dipertimbangkan kegiatan monitoring dan evaluasi yang efektif dan efisien
2. Kemungkinan instrumen monitoring dan evaluasi semakin lama semakin kompleks
3. Kemungkinan jumlah populasi/sampling pengambilan data dinamis

IKK-24. Jumlah unit/fungsi di BUK yang mendapatkan sertifikasi ISO

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya penguatan mutu organisasi BUK**
Definisi Operasional	:	Yang dimaksud dengan Sertifikasi ISO ialah sertifikat yang diberikan oleh badan sertifikasi nasioanal terkait dengan pencapaian dalam manajemen mutu organisasi.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Sesditjen BUK
Sumber Data	:	LAKIP BUK, LAKIP masing – masing SATKER, LAPTAH, Dokumen Perencanaan, Dokumen Kepegawaian, Dokumen Monev (tingkat BUK dan SATKER)
Frekuensi Pengukuran		Satu tahun satu kali dilaksanakan pada bulan Juli

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	5	7	9	11	13

Kegiatan Prioritas

2015	1. Penyusunan pedoman program Sertifikasi ISO BUK 2. Sosialisasi Program Sertifikasi ISO 9001 3. Pelaksanaan Sertifikasi ISO 9001 tahap I : untuk perencanaan terintegrasi ditingkat BUK, Bimtek terpadu dan Monev terpadu
2016	1. Sosialisasi program sertifikasi ISO 9001 tahap II untuk penyusunan NSPK di setiap Satker dan penetapan klas rumah sakit 2. Implementasi sertifikasi ISO 9001 tahap II
2017	1. Sosialisasi program sertifikasi ISO 9001 tahap III untuk Sistem Informasi Rumah Sakit dan sistem Informasi 2. Implementasi sertifikasi ISO 9001 tahap III
2018	1. Sosialisasi program sertifikasi ISO 9001 tahap IV untuk Pengelolaan Barang Milik Negara dan Laporan Keuangan pada setiap Satker di Ditjen BUK 2. Implementasi sertifikasi ISO 9001 tahap IV
2019	1. Sosialisasi program sertifikasi ISO 9001 tahap V untuk Tata laksana arsip dan tata laksana angka kredit 2. Implementasi sertifikasi ISO 9001 tahap V

Catatan

TARGET :

- 2015 : 5 (Mempertahankan Sertifikasi ISO 9001 untuk *Kepegawaian* dan *e-Planning* dan memperoleh sertifikasi ISO 9001 Perencanaan terintegrasi ditingkat BUK (antar satker) , dan Bimtek terpadu dan Monev terpadu)
- 2016 : 7 (Mempertahankan sertifikasi ISO 9001 yang telah diperoleh thn 2015 dan memperoleh sertifikasi ISO 9001 untuk penyusunan NSPK di setiap Satker dan penetapan klas RS)
- 2017 : 9 (Mempertahankan sertifikasi ISO 9001 yang telah diperoleh thn 2016 dan memperoleh sertifikasi ISO 9001 untuk Sistem Informasi RS dan Sistem Informasi Puskesmas)
- 2018 : 11 (Mempertahankan sertifikasi ISO 9001 yang telah diperoleh thn 2017 dan Memperoleh sertifikasi ISO 9001 untuk pengelolaan Barang Milik Negara dan laporan keuangan pada masing-masing satker BUK)
- 2019 : 13 (Mempertahankan sertifikasi ISO 9001 yang telah diperoleh thn 2018 dan memperoleh sertifikasi ISO 9001 untuk Tata laksana arsip dan tata laksana angka kredit)

IKK-25. Jumlah SOP Lintas Direktorat yang dihasilkan

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya penguatan mutu organisasi BUK**
Definisi Operasional	:	SOP Lintas Direktorat merupakan Standar Operasional Prosedur yang disusun untuk dijadikan pedoman dalam pelaksanaan kegiatan yang melibatkan antar Direktorat di lingkungan Ditjen Bina Upaya Kesehatan. Yang dimaksud yang dihasilkan adalah yang diselesaikan pada tahun berjalan dan ditanda tangani oleh Dirjen BUK.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Kepala Bagian Hukormas
Sumber Data	:	Jumlah SOP yang telah ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan
Frekuensi Pengukuran		Tahunan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
10	10	10	10	10	10

Kegiatan Prioritas

2015	Workhsop Integrasi SOP Lintas Direktorat Penyusunan SOP Sosialisasi dan implementasi SOP baru
2016	Workhsop Integrasi SOP Lintas Direktorat Penyusunan SOP Sosialisasi dan implementasi SOP baru
2017	Workhsop Integrasi SOP Lintas Direktorat Penyusunan SOP Sosialisasi dan implementasi SOP baru
2018	Workhsop Integrasi SOP Lintas Direktorat Penyusunan SOP Sosialisasi dan implementasi SOP baru
2019	Workhsop Integrasi SOP Lintas Direktorat Penyusunan SOP Sosialisasi dan implementasi SOP baru

Catatan

IKK-26. Tingkat level maturitas tatakelola organisasi BUK

Sasaran Strategis	:	**Terwujudnya penguatan mutu organisasi BUK**
Definisi Operasional	:	Kematangan organisasi untuk melaksanakan perubahan dengan kapasitas yang dimiliki oleh organisasi dalam pengembangan proses bisnisnya, mengacu kepada level maturitas tata kelola oleh Hammer (2007)
Formula	:	
Penanggung Jawab		Bagian Hukormas Setditjen BUK
Sumber Data	:	Instrumen pengukuran yang dikumpulkan di Bina Upaya Kesehatan
Frekuensi Pengukuran		

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	2,5	3	3,3	3,6	4

Kegiatan Prioritas

2015	Program Peningkatan Maturitas Tatakelola Tahap 1
2016	Program Peningkatan Maturitas Tatakelola Tahap 2
2017	Program Peningkatan Maturitas Tatakelola Tahap 3
2018	Program Peningkatan Maturitas Tatakelola Tahap 4
2019	Program Peningkatan Maturitas Tatakelola Tahap 5

Catatan

IKK-27. Jumlah regulasi baru/revisi yang dihasilkan

Sasaran Strategis	:	**Tersedianya dukungan regulasi**
Definisi Operasional	:	Jumlah rancangan regulasi baru/revisi yang telah dibahas lintas Direktorat dan sudah dalam bentuk legal draft pada tahun berjalan yang dikirim ke Biro Hukor sekjen.
Formula	:	
Penanggung Jawab		Kepala Bagian Hukormas
Sumber Data	:	Rekapitulasi laporan draft peraturan yang telah dikirim ke Biro Hukor Sekretariat Jenderal
Frekuensi Pengukuran		Tahunan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
30	40	40	40	40	40

Kegiatan Prioritas

2015	Pendampingan proses harmonisasi rancangan NSPK bidang Upaya Kesehatan melalui review dengan Organisasi Profesi dan Biro Hukum dan Organisasi
2016	Pembinaan, Penataan, dan Monitoring tatakelola organisasi sesuai SOTK Satuan Kerja yang ditetapkan Menteri Kesehatan
2017	Pembinaan, Penataan, dan Monitoring tatakelola organisasi sesuai SOTK Satuan Kerja yang ditetapkan Menteri Kesehatan
2018	Pembinaan, Penataan, dan Monitoring tatakelola organisasi sesuai SOTK Satuan Kerja yang ditetapkan Menteri Kesehatan
2019	Pembinaan, Penataan, dan Monitoring tatakelola organisasi sesuai SOTK Satuan Kerja yang ditetapkan Menteri Kesehatan

Catatan

IKK-28. % karyawan BUK yang memiliki kompetensi yang sesuai

Sasaran Strategis	:	**Tersedianya SDM kompeten dan berbudaya kinerja**
Definisi Operasional	:	Jumlah karyawan Ditjen BUK yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan standar kompetensi jabatan, baik aspek teknis, manajerial maupun soft. Standar Kompetensi Jabatan adalah kompetensi minimal yang harus dimiliki oleh seorang karyawan Ditjen BUK untuk menduduki suatu jabatan (struktural dan fungsional).
Formula	:	Jumlah karyawan Ditjen BUK yang bekerja sesuai kriteria standar kompetensi jabatan dibagi total jumlah karyawan Ditjen BUK dikali 100 %
Penanggung Jawab		Sekretaris Ditjen Bina Upaya Kesehatan
Sumber Data	:	
Frekuensi Pengukuran		1 x setahun Setiap akhir tahun berjalan

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	70%	75%	80%	85%	90%

Kegiatan Prioritas

2015	1. Penguatan di bidang perencanaan kebutuhan jumlah SDM berdasarkan analisis beban kerja 2. Perencanaan manajemen SDM yang sesuai peta jabatan 3. Perencanaan pengembangan SDM melalui Diklat jabatan 4. Penguatan koordinasi antar Unit SDM UPT Vertikal dan/atau Unit Kerja lain di Lingkungan Kementerian Kesehatan
2016	1. Penguatan di bidang perencanaan kebutuhan jumlah SDM berdasarkan analisis beban kerja 2. Perencanaan manajemen SDM yang sesuai peta jabatan 3. Perencanaan pengembangan SDM melalui Diklat jabatan 4. Penguatan koordinasi antar Unit SDM UPT Vertikal dan/atau Unit Kerja lain di Lingkungan Kementerian Kesehatan
2017	1. Penguatan dibidang perencanaan kebutuhan jumlah SDM berdasarkan analisis beban kerja 2. Perencanaan manajemen SDM yang sesuai peta jabatan 3. Perencanaan pengembangan SDM melalui Diklat jabatan 4. Penguatan koordinasi antar Unit SDM UPT Vertikal dan/atau Unit Kerja lain di Lingkungan Kementerian Kesehatan
2018	1. Penguatan dibidang perencanaan kebutuhan jumlah SDM berdasarkan analisis beban kerja 2. Perencanaan manajemen SDM yang sesuai peta jabatan 3. Perencanaan pengembangan SDM melalui Diklat jabatan 4. Penguatan koordinasi antar Unit SDM UPT Vertikal dan/atau Unit Kerja lain di Lingkungan Kementerian Kesehatan
2019	1. Penguatan dibidang perencanaan kebutuhan jumlah SDM berdasarkan analisis beban kerja 2. Perencanaan manajemen SDM yang sesuai peta jabatan 3. Perencanaan pengembangan SDM melalui Diklat jabatan 4. Penguatan koordinasi antar Unit SDM UPT Vertikal dan/atau Unit Kerja lain di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Catatan

IKK-29. % karyawan BUK yang memiliki kinerja unggul

Sasaran Strategis : **Tersedianya SDM kompeten dan berbudaya kinerja**

Definisi Operasional :

Persentase Karyawan Ditjen BUK yang nilai capaian kinerja memenuhi sasaran kerja pegawai (SKP) dengan nilai > 90 (sangat baik) dan perilaku kerja dengan nilai > 90 (sangat baik) yang dinilai oleh pejabat penilai.

Sasaran Kerja Pegawai (SKP) adalah:
Rencana kerja dan target yang akan dicapai oleh seorang pegawai yang disusun dan disepakati bersama antara pegawai dengan atasan pegawai;

Capaian SKP adalah:
Hasil akhir kegiatan yang diperoleh seorang PNS di lingkungan karyawan BUK

Perilaku kerja adalah:
Tanggapan atau reaksi seorang PNS terhadap lingkungan kerjanya

Aspek perilaku kerja meliputi :
- Orientasi pelayanan, integritas, komitmen, disiplin, kerjasama, dan kepemimpinan

Pejabat penilai adalah;
Atasan langsung Pegawai Neger iSipil yang dinilai dengan ketentuan paling rendah pejabat eselon IV atau pejabat lain yang ditentukan

Standar Penilaian Sasaran Kinerja Pegawai dan Perilaku Kerja:
a. SangatBaik : 91 - keatas
b. Baik : 76 - 90
c. Cukup : 61 - 75
d. Kurang : 51 - 60
e. Buruk : 50 - kebawah

Prestasi Kerja adalah;
Hasil kerja yang dicapai oleh setiap Pegawai Negeri Sipil pada suatu satuan organisasi sesuai dengan SKP dan Perilaku Kerja di lingkungan BUK

Formula :

$$\frac{\text{Karyawan Ditjen BUK yang Memiliki Kinerja Unggul}}{\text{Jumlah Seluruh Karyawan Ditjen BUK}} \times 100\%$$

Penanggung Jawab Direktorat Bina Kesehatan Jiwa dan Sesditjen - Bag Kepum

Sumber Data : Bagian Kepegawaian BUK dan Biro Kepegawaian- Setjen

Frekuensi Pengukuran

Target :

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0	10%	25%	35%	45%	50%

Kegiatan Prioritas

2015	1. Bimtek penerapan instrumen SKP (termasuk perilaku kerja) 2. *Role model agent of change* percontohan bagi karyawan BUK 3. Penghargaan bagi karyawan berkinerja unggul
2016	1. Memonitor dan mengevaluasi penerapan SKP (termasuk perilaku kerja) 2. *Role model agent of change* percontohan bagi karyawan BUK 3. Penghargaan bagi karyawan berkinerja unggul
2017	1. Memonitor dan mengevaluasi penerapan SKP (termasuk perilaku kerja) 2. *Role model agent of change* percontohan bagi karyawan BUK 3. Penghargaan bagi karyawan berkinerja unggul
2018	1. Memonitor dan mengevaluasi penerapan SKP (termasuk perilaku kerja)

		2. *Role model agent of change* percontohan bagi karyawan BUK 3. Penghargaan bagi karyawan berkinerja unggul
	2019	1. Memonitor dan mengevaluasi penerapan SKP (termasuk perilaku kerja) 2. *Role model agent of change* percontohan bagi karyawan BUK 3. Penghargaan bagi karyawan berkinerja unggul 4. Evaluasi Sistim Pemantauan Kinerja bagi Karyawan BUK sesuai SKP dan PP No.53 Tahun 2010 (Dash Board Pimpinan) 5. Perencanaan Sistim Pemantauan Kinerja bagi Karyawan BUK sesuai SKP dan PP No.53 Tahun 2010 tahun 2020-2024
Catatan		