

## Topik 2: Peran Pusat dan Daerah

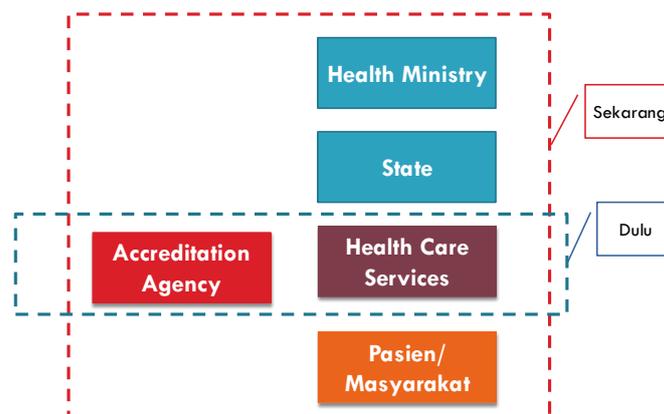
**“Terlibat Dalam Pengembangan Program Akreditasi Akan Meningkatkan Dukungan Pemerintah Daerah”**

### Lesson learnt

Meskipun terdiri dari negara-negara bagian yang memiliki otonomi yang cukup luas termasuk dalam pelayanan kesehatan, Australia memiliki mekanisme komunikasi antara pemerintah pusat dengan pemerintah negara-negara bagian yang disebut sebagai CoAG (The Council of Australian Governments). Komisi nasional untuk keselamatan dan mutu pelayanan kesehatan (ACSQHC) juga memiliki mekanisme kerja seperti itu. Komisi Nasional bekerjasama dengan komite antar negara-negara bagian (The Inter-Jurisdictional Committee) yang terdiri dari *Senior Safety and Quality Managers* dari The Commonwealth Department of Health and Ageing (Kemenkes Australia) dan dari setiap State and Territory Department of Health (Dinas Kesehatan).

Sebelum terbitnya National Health Reform Act 2011, di Australia penyusunan program, standar, pelaksanaan dan pelaporan akreditasi hanya terkait antara lembaga akreditasi (misalnya ACHS) dengan sarana yang diakreditasi (misalnya RS), sehingga pemerintah daerah dan masyarakat tidak terdorong atau tidak mengetahui peran mereka untuk mendukung program akreditasi. Dengan terbitnya undang-undang tersebut maka Komisi Nasional telah melibatkan pemerintah daerah/dinas kesehatan, organisasi profesi, persatuan RS dan masyarakat mulai dari kegiatan penyusunan standar, pelaksanaan dan juga pelaporan untuk meningkatkan dukungan dari stakeholder.

Sebagai contoh sistem pelaporan hasil akreditasi mengalami perubahan, bila sebelumnya laporan harus diminta secara aktif dari Dinkes Provinsi kepada masing-masing RS untuk kemudian dievaluasi dan dibandingkan dengan RS lain sebagai masukan untuk perbaikan sistem kesehatan provinsi, maka kedepan (mulai Januari 2013) laporan tersebut sudah wajib diberikan oleh lembaga akreditasi kepada Dept of Health (gambar 5).



*Gambar 5: Keterlibatan pemerintah daerah (state) dalam program akreditasi di Australia dulu dan sekarang*

Penyusunan standar nasional (NSQHS) juga dikembangkan berdasarkan masalah utama dalam keselamatan dan mutu kesehatan yang secara umum sedang dihadapi yang diidentifikasi melalui proses konsultasi yang intens antara pemerintah daerah, pengelola sarana pelayanan kesehatan termasuk dari rumah sakit (manajer dan klinisi), organisasi profesi, asosiasi RS dan juga masyarakat. Dengan cara ini maka stakeholder juga merasa bahwa standar yang tersusun adalah standar yang mereka butuhkan.

### **Isu-isu di Indonesia**

Beberapa provinsi di Indonesia pernah memiliki “Senior Safety and Quality Managers” misalnya di Jateng dan Kaltim dengan adanya Tim Quality Assurance (QA) yang dibentuk melalui project HP-V pada tahun 2003-2005. Tim QA provinsi saat itu berfungsi sebagai “manajer” mutu pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab terhadap mutu pelayanan kesehatan dalam satu wilayah provinsi, sehingga tim ini memiliki program kerja dan koordinasi dengan tim QA yang ada di tingkat kabupaten/kota dan juga Tim QA ditingkat sarana pelayanan kesehatan termasuk RS. Pada saat ini keberadaan Tim QA sudah tidak jelas, sebagian kecil fungsi perencanaan, pelaksanaan, monitoring-evaluasi dan tindak lanjut upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien ditingkat wilayah ada di Dinkes namun demikian kompetensi staf Dinkes yang menangani pembinaan dan supervisi mutu dan keselamatan pasien tersebut masih perlu ditingkatkan.

Institusi lain ditingkat provinsi yang juga terkait dengan pengelolaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RS adalah Badan Pengawas RS (BPRS) Provinsi dimana menurut Peraturan Pemerintah tentang BPRS menyebutkan bahwa salah satu fungsi BPRS Provinsi adalah untuk mengawasi mutu RS.

### **Action Plan**

Dalam rangka membangun mekanisme kerjasama antara pusat dan daerah dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, maka berbagai institusi di tingkat pusat (seperti KARS, KNKPRS, BPRS) perlu memiliki *conterpart* dan kerjasama ditingkat provinsi. Untuk itu provinsi perlu mengembangkan tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien di tingkat provinsi yang akan berfungsi sebagai manajer kegiatan di level provinsi. Setelah tim tersebut terbentuk maka perlu adanya peningkatan kompetensi anggota tim sebagai fasilitator dan regulator program peningkatan mutu dan keselamatan pasien termasuk program akreditasi RS. Pada level nasional, pemerintah pusat perlu mengembangkan mekanisme kerja antara KARS, KNKPRS, BPRS dengan Dinkes Provinsi, BPRS provinsi serta dengan pengelola RS (terutama dengan Sub-Komite Mutu Profesi dan Tim KKPRS) serta menyusun pedoman pelaporan dari tingkat RS ke BPRS dan KNKPRS serta pedoman laporan nasional BPRS dan KNKPRS.

### **Action Plan #2: Mengembangkan Tim Mutu dan Keselamatan Pasien di Tingkat RS (PIC:**

---

Dinkes Provinsi)

**Action Plan #3:** Pelatihan Tim Dinkes Provinsi Sebagai Fasilitator Program Akreditasi RS (PIC Dinkes Provinsi)<sup>1</sup>

**Action Plan #4:** Menyusun Pedoman Pelaporan Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) dan Pedoman Pelaporan Komisi Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (KNKPRS) yang akan memuat antara lain Upaya dan Hasil Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (PIC: Kemenkes)

---

---

<sup>1</sup> Dinkes Provinsi Jawa Tengah sudah menyetujui untuk menyelenggarakan kegiatan pelatihan ini pada pertengahan Bulan Oktober 2012 sebagai bagian dari pelaksanaan POA program ALA 2012