

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA SEMESTER 1 TAHUN 2026

**DIREKTORAT PENGEMBANGAN
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN**



JAKARTA, INDONESIA

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA DIREKTORAT PENGEMBANGAN PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN SEMESTER I TAHUN 2026

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Rahmat dan Karunia-Nya kami dapat menyelesaikan Penyusunan Laporan Kinerja (LK) Semester I Tahun 2026 Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun 2026. Laporan Semester I Tahun 2026 ini disusun sebagai tindak lanjut dari TAP MPR RI Nomor XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme serta INPRES Pemerintah Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan memperhatikan Permenpan & RB Nomor 88 tahun 2021 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Peraturan tersebut mewajibkan instansi pemerintah mempertanggungjawabkan tugas pokok dan fungsi dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Ongoing Semester I Tahun 2026.

Sistematika laporan ini disusun sesuai Petunjuk Pelaksanaan Pelaksanaan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan Nomor: 2416/MENKES/PER/XII/2011 berdasarkan tugas pokok dan fungsi yang sesuai Peraturan Menteri Kesehatan, Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang dijabarkan dalam Rencana Kegiatan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dan dirangkum menjadi Laporan Semester I Tahun 2026 Eselon II dalam mencapai tujuan dan sasaran yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun 2026

Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah Semester I Tahun 2026 ini sebagai salah satu cara untuk evaluasi yang obyektif, efisien, dan efektif terhadap progres capaian kinerja Direktorat di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan khususnya Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, untuk mewujudkan Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan.

Direktur Pengembangan Pelayanan
Kesehatan Rujukan,



dr. Yanti Herman, SH.M.H.Kes

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA.....	7
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	18
BAB IV PENUTUP.....	86
LAMPIRAN	88

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Ongoing Semester I Tahun 2026 merupakan sarana untuk menyampaikan capaian kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan. Dokumen ini juga bertujuan sebagai sumber informasi dalam rangka monitoring dan evaluasi terkait capaian kinerja yang akan dilakukan sampai akhir tahun dalam rangka demi perbaikan perencanaan pada periode berikutnya dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Secara keseluruhan hasil capaian kinerja ongoing semester I Tahun 2026 Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sudah berjalan secara optimal, sehingga diharapkan sampai akhir tahun 2026 berhasil mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025-2029 dan Perjanjian Kinerja. **Berikut merupakan capaian Indikator Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025:**

1. Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank sebesar 98% (Target 97%)
2. Persentase populasi yang menggunakan farmakagenomik sebesar 50% (target 60%)
3. Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar sebesar 43 RS (43 RS)
4. JumlahPeneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP sebesar 146 peneliti (target 100 orang peneliti)
5. Jumlah Fasyankes yang menyelenggarakan Pelayanan Telemedisin sebesar 400 fasyankes (target 400 fasyankes)
6. Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis sebesar 40 RS (target 30 RS)
7. Persentase kab/kota memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya sebesar 20% (target 20%)

Terdapat indikator tambahan yaitu indikator direktif pimpinan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025 dengan pencapaian indikator sebagai berikut:

1. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 85,56 (target 92,35)
2. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sebesar 92,14 % (target 96 %)
3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan 95% (target 98%)
4. Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan 81,98 (target 81)

Terdapat 2 indikator tahun 2025 yang belum tercapai yaitu:

1. Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik sebesar 50% (target 60%)
2. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sebesar 92,14 % (target 96 %)

Secara indikator kinerja kegiatan yang diampu Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sebanyak 9 (sembilan) dari 11 (sebelas) indikator sudah tercapai, sedangkan 2 indikator lainnya belum tercapai dan perlu percepatan di tahun 2026.

Indikator tahun 2025-2029 yang menjadi tanggungjawab direktorat pengembangan pelayanan rujukan merupakan indikator baru berdasarkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan No.12 Tahun 2025. Dalam pelaksanaan program – program kegiatan pada Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan untuk menunjang indikator masih terdapat banyak tantangan dan kendala. Adanya perubahan struktur organisasi sesuai Permenkes 21 tahun 2024 dan revisi dokumen anggaran baru terbit per tanggal 1 Oktober 2025 menjadi beberapa contoh kendala yang mengakibatkan capaian kinerja tidak maksimal dilakukan pada tahun 2025.

Direktorat Pengembangan Pelayanan Rujukan merupakan unit kerja baru dengan tugas dan fungsi yang berbeda daripada struktur sebelumnya sehingga diperlukan penyusunan program dan kegiatan yang sesuai. Adanya keterbatasan pemahaman terkait program-program yang menjadi tanggung jawab baru memerlukan proses diskusi panjang dengan lintas program terkait, dan perubahan kebijakan pimpinan.

Adapun langkah-langkah untuk menjalankan program guna mencapai target indikator kinerja Direktorat antara lain dengan mengoptimalkan alokasi dana yang ada, karena keterbatasan waktu, menyesuaikan bentuk kegiatan secara daring, mempercepat waktu pelaksanaan kegiatan, serta pembagian tugas SDM yang merata di Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Dari segi realisasi anggaran sampai dengan tanggal 31 Desember 2025 sebesar Rp. 12.812.376.987,- (92,29%) yang terdiri dari alokasi anggaran Yankes JKN terakhir sebesar Rp.13.367.040,- dengan realisasi sebesar Rp.12.312.068.345,- atau sebesar (92,11%) dan Dukman dengan Pagu Anggaran sebesar Rp. 515.862.000,- dengan realisasi sebesar Rp.500.308.642,- atau sebesar 96,98%. Adapun total realisasi (Program Yankes JKN dan Dukman) sebesar Rp.12.812.376.987,- atau 92,29%..

Berikut merupakan capaian Indikator Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan semester I tahun 2026:

1. Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank sebesar 18,7% (Target 100%)

2. Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik sebesar 48,20% (Target 60%)
3. Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar sebesar 47 RS (Target 63 RS)
4. Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP sebesar 200 peneliti (target 200 orang peneliti)
5. Jumlah Fasyankes yang menyelenggarakan Pelayanan Telemedisin sebesar 425 fasyankes (target 450 fasyankes)
6. Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis sebesar 42 RS (target 42 RS)
7. Persentase kab/kota memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya sebesar 20.40% (target 35%)

Terdapat indikator tambahan yaitu indikator direktif dan mandatory pimpinan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2026 dengan pencapaian indicator per semester I sebagai berikut:

1. Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sebesar 86,40 (target 83)
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 37,79 (target 92,75)
3. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sebesar 44,43 % (target 96 %)
4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan 0% (target 95%)
5. Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan 83,46 (target 82)
6. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebesar 4,2 (target 4)
7. Jumlah provinsi yang menyelenggarakan pelayanan transplantasi organ sesuai standar sebesar 9 provinsi (target 16)

Secara indikator kinerja kegiatan yang diampu Direktorat Pengembangan Kesehatan Rujukan sebanyak 5 (lima) dari 14 (empat belas) indikator yang telah memenuhi target. Sebagian indikator kinerja perlu upaya percepatan yang spesifik untuk bisa memenuhi target pada periode semester II tahun 2026. Anggaran yang mendukung indikator kinerja tahun 2026 tersedia sebesar Rp. 5.916.521.000,-, jika dibandingkan dengan anggaran tahun 2025 anggaran yang diterima

jauh berkurang dari anggaran di tahun 2025. Adapun capaian anggaran sampai dengan tanggal 30 Juni 2026 sebesar Rp.2.628.554.467 (44,43%).

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada Laporan Semester I Tahun 2026 dalam Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dibangun dalam rangka upaya mewujudkan *good governance* dan sekaligus *result oriented government*. SAKIP merupakan sebuah sistem dengan pendekatan manajemen berbasis kinerja (*Performance-base Management*) untuk penyediaan informasi kinerja guna pengelolaan kinerja. Dalam rangka meningkatkan pelaksanaan pemerintahan yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggungjawab, serta sebagai wujud pertanggungjawaban instansi pemerintahan yang baik, maka perlu disusun laporan akuntabilitas pada setiap semester setiap tahun. Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan merupakan organisasi yang berada di bawah Struktur Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2022 dan Permenkes 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Adapun pengukuran kinerja untuk sasaran kegiatan tersebut berupa 8 (delapan) indikator, yaitu:

1. Persen populasi direkrut untuk penyimpanan biobank sebesar 98% (Target 97%);
2. Persen populasi yang menggunakan farmakogenomik sebesar 50% (target 60%);
3. Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar sebesar 43 RS (43 RS);
4. Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP sebesar 146 peneliti (target 100 orang peneliti);
5. Jumlah Fasyankes yang menyelenggarakan Pelayanan Telemedicine sebesar 400 fasyankes (target 400 fasyankes);
6. Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis sebesar 32 RS (target 30 RS);
7. Persentase kab/kota memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya sebesar 20% (target 20%); dan
8. Persentase kab/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP Swasta sebesar 100% (100%). Capaian indikator ini merupakan capaian indikator tahun 2024, Dimana indikator ini hanya diperuntukan sebagai tanging efisiensi anggaran eksisting Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer.
9. Untuk indikator **Persentase kab/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP Swasta** tidak berlanjut di tahun 2025-2029 karena indikator ini digunakan hanya untuk proses **tagging anggaran pada masa**

transisi dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer menjadi Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Terdapat indikator tambahan direktif Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025 dengan pencapaian indikator sebagai berikut:

1. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan (Direktif Pimpinan) 96%
2. Nilai Kinerja Anggaran Capaian Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan (92,35) nilai
3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK Yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan (95%)
4. Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan (81)

Berikut merupakan capaian Indikator Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan semester I tahun 2026:

1. Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank sebesar 18,7% (Target 100%)
2. Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik sebesar 48,20% (Target 60%)
3. Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar sebesar 47 RS (Target 63 RS)
4. Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP sebesar 200 peneliti (target 200 orang peneliti)
5. Jumlah Fasyankes yang menyelenggarakan Pelayanan Telemedisin sebesar 425 fasyankes (target 450 fasyankes)
6. Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis sebesar 42 RS (target 42 RS)
7. Persentase kab/kota memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya sebesar 20.40% (target 35%)

Terdapat indikator tambahan yaitu indikator direktif dan mandatory pimpinan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2026 dengan pencapaian indicator per semester I sebagai berikut:

1. Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sebesar 86,40 (target 83)
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 37,79 (target 92,75)
3. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sebesar 44,43 % (target 96 %)
4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan 0% (target 95%)

5. Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan 83,46 (target 82)
6. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebesar 4,2 (target 4)
7. Jumlah provinsi yang menyelenggarakan pelayanan transplantasi organ sesuai standar sebesar 9 provinsi (target 16)

Laporan kinerja ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan atas pelaksanaan tugas dan fungsi selama Tahun 2026. Di samping merupakan pelaksanaan amanat peraturan perundang-undangan terkait, yakni Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, serta Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negera dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Pemerintah. Laporan Kinerja ini juga sekaligus menjadi bahan evaluasi guna meningkatkan kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan di masa yang akan datang.

B. Penjelasan Umum Organisasi

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 161 Tahun 2024 Tentang Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan lanjutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sebagai tindak lanjut atas Peraturan Presiden Nomor 161 Tahun 2024 tentang Kementerian Kesehatan dan dalam rangka mengatur tugas dan fungsi pada masing-masing unit organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan, saat ini sudah ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan No. 21 tahun 2024. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan republik indonesia nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan merupakan unit kerja setingkat eselon satu yang menjalankan sebagian tugas pokok dan fungsi dari Kementerian Kesehatan. Susunan organisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan terdiri atas:

- a. Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan;
- b. Direktorat Pelayanan Klinis;
- c. **Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan;**
- d. Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- e. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan; dan

f. Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan (DPPKR) Ditjen Kesehatan Lanjutan, Kementerian Kesehatan bertugas merumuskan dan melaksanakan kebijakan, standar, prosedur, serta kriteria terkait pengembangan kesehatan rujukan, serta memberikan bimbingan teknis, supervisi, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan, untuk memastikan pasien mendapatkan akses pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang berkualitas dan efisien di fasilitas kesehatan rujukan.

Sesuai Surat Keputusan Direktur Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Nomor: HK.02.03/D.III/2025 tentang Tim Pelaksana Tugas di lingkungan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan menetapkan bahwa tim pelaksana tugas terdiri atas 6 (enam) Tim Kerja, yaitu:

1. Tim Kerja Inovasi Genomik dan Molekuler serta Penelitian Klinis;
2. Tim Kerja Terapi Regeneratif dan Inovasi Medis;
3. Tim Kerja Terapi Inovatif dan Layanan Digital;
4. Tim Kerja Penunjang Pelayanan Kesehatan Lanjutan;
5. Tim Kerja Inovasi Klinis dan Teknologi Kesehatan Lanjutan; dan
6. Tim Kerja Dukungan Manajemen.

C. Aspek Strategis Organisasi dan Isu Strategis yang Dihadapi Organisasi

Indonesia sebagai negara kepulauan dengan kondisi geografis yang beragam memiliki sebaran penduduk yang luas dan tidak merata. Akses dan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu tantangan bagi penduduknya untuk memperoleh layanan kesehatan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menetapkan bahwa setiap orang mempunyai hak mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau agar dapat mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk memenuhi hak setiap orang dan menyediakan pelayanan kesehatan secara merata, Pemerintah mengimplementasikan Jaminan Kesehatan Nasional pada tahun 2014 sehingga membuka akses masyarakat ke pelayanan kesehatan seluas-luasnya. Cakupan dan akses pelayanan harus disertai pelayanan yang bermutu agar dapat memberikan manfaat yang optimal bagi masyarakat.

D. Maksud Dan Tujuan

Laporan Kinerja Semester I Tahun 2026 dalam evaluasi Akuntabilitas Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2026 merupakan bentuk pertanggungjawaban secara tertulis yang memuat keberhasilan maupun kegagalan pelaksanaan kegiatan Tahun Anggaran 2026 yang harus dipertanggungjawabkan oleh Direktur Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan

Kementerian Kesehatan, serta untuk bisa melakukan monitoring dan evaluasi capaian indikator tahun 2025 dan rencana tindak lanjut di tahun 2026.

E. Tugas Pokok Dan Fungsi

Berdasarkan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, pemberian bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan rujukan. Dalam melaksanakan tugas tersebut Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan menyelenggarakan fungsi:

- Menyiapkan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang standardisasi, fasilitasi perizinan, transformasi pengembangan pelayanan kesehatan rujukan;
- Menyusun NSPK untuk pelayanan kesehatan rujukan;
- Memberikan bimbingan teknis dan supervisi kepada fasilitas kesehatan rujukan; dan
- Melakukan pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan terkait pelayanan kesehatan rujukan.



F. Dasar Hukum

- Perpres Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;

2. Perpres Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025-2029
3. Permenpan dan RB Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
4. Permenkes Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029.
5. Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan

G. Sistematika

Pada dasarnya Laporan Semester I Tahun 2026 Ongoing terkait Akuntabilitas Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2026 ini menjelaskan pencapaian kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2025-2026. Pencapaian kinerja tersebut dibandingkan dengan rencana kinerja (penetapan kinerja) dianggap sebagai tolok ukur keberhasilan tahunan organisasi. Analisis atas capaian kinerja terhadap rencana kinerja memungkinkan diidentifikasinya sejumlah celah kinerja bagi perbaikan kinerja di masa yang akan datang. Dengan kerangka pikir seperti itu, sistematika penyajian Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sebagai berikut:

- ❖ Bab I (Pendahuluan), menjelaskan secara ringkas latar belakang, maksud dan tujuan penulisan laporan, tugas pokok dan fungsi Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, serta sistematika penyajian laporan.

- ❖ Bab II (*Perencanaan dan Perjanjian Kinerja*), menjelaskan tentang visi dan misi, tujuan, jumlah SDM dan Peserta Kegiatan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan serta kebijakan dan program beserta anggaran yang direncanakan tahun 2026.

- ❖ Bab III (*Akuntabilitas Kinerja*), menjelaskan tentang pengukuran kinerja, capaian kinerja tahun 2024, analisis akuntabilitas kinerja dan realisasi anggaran serta sumberdaya manusia yang digunakan dalam rangka pencapaian kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan selama Tahun 2026.

- ❖ Bab IV (*Penutup*), berisi kesimpulan atas Laporan Akuntabilitas Kinerja tahun 2026.

BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Perencanaan kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Dalam rencana kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan telah disusun Indikator Kinerja Utama dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis. Secara singkat dapat digambarkan sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 tahun sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sesuai Permenkes 12 tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025– 2029 sebagai berikut:

A. Rencana Kerja Tahunan

Perencanaan kinerja di bawah ini merupakan dasar bagi Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan untuk melaksanakan program dan kegiatan sebagai suatu kinerja aktual. Adapun indikator kinerja sesuai dengan perubahan regulasi adalah sebagai berikut.

Tabel Indikator Kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer berdasarkan Permenkes 13 Tahun 2022

SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR	TARGET 2024
Meningkatnya Kolaborasi Puskesmas dan Fasyankes Primer Lainnya dalam Pemberian Pelayanan	Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan Redistribusi Kepesertaan dari Puskesmas ke FKTP Swasta	100%
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	Persentase realisasi anggaran Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	96%
	Persentase realisasi capaian kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	95%
	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	95%
	Nilai Reformasi Birokrasi (RB) Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	90

SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR	TARGET 2024
Meningkatnya Peran Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Milik Swasta Dalam Pelayanan Program Prioritas Bagi Masyarakat	Persentase Puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung program prioritas	80%

Tabel Indikator Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan berdasarkan Permenkes 12 Tahun 2025

SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
Meningkatnya jumlah populasi yang berpartisipasi dalam penyimpanan dan pengambilan sampel Biobank	IKK 31.1.1 Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	97	100*	100	100	100
	IKK 31.1.2 Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik	60	60	80	80	80
Meningkatnya RS yang melakukan Penelitian Kesehatan	IKK 32.2.1 Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar	43	63	105	193	386
	IKK 32.3.1 Jumlah Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	100	200	300	400	500
Meningkatnya RS yang melakukan pengembangan pelayanan kesehatan lanjutan	IKK 16.3.1 Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	400	450	500	550	600
	IKK 16.3.6 Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	30	42*	38	42	45
Meningkatnya Kab/Kota yang memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya	IKK 14.1.4 Persentase/Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	20	35	55	75	95
Meningkatnya kolaborasi Puskesmas dan fasilitas pelayanan Kesehatan primer lainnya dalam pemberian layanan	IKK.17.4.1. Persentase kab/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP Swasta	100	n/a	n/a	n/a	n/a
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	IKM. 33.1. Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	83	83	n/a	n/a	n/a
	IKM 33.6. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan (Direktif Pimpinan)	96 %	96%	n/a	n/a	n/a
	IKM 33.2. Nilai Kinerja Anggaran Capaian Kinerja	92,35	92,75	n/a	n/a	n/a

SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
	Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan					
	IKM 33.5. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK Yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	95%	95%	n/a	n/a	n/a
	IKM.33.4. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	n/a	4.00	n/a	n/a	n/a
	IKM 33.2. Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	81	82	n/a	n/a	n/a
	IKD.33.3. Jumlah Provinsi Yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi Organ sesuai dengan standar	n/a	16	n/a	n/a	n/a

*perubahan target Rencana Kerja sesuai dengan kesepakatan Pertemuan Tiga Pihak Revisi Rencana Kerja Kemenkes Tahun 2026 tanggal 18 Februari 2026 dengan melibatkan Bappenas dan Kementerian Keuangan.

B. Perjanjian Kinerja

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 53 Tahun 2014, Perjanjian Kinerja pada dasarnya adalah pernyataan komitmen pimpinan yang merepresentasikan tekad dan janji untuk mencapai kinerja yang jelas dan terukur dalam rentang waktu satu tahun dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya.

Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan menyusun perjanjian kinerja tahun 2025 dan 2026 yang mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029. Target kinerja ini menjadi komitmen bagi Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan untuk mencapainya dalam tahun 2026.

Tabel Indikator Kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer berdasarkan Permenkes 13 Tahun 2022

SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR	TARGET 2024
Meningkatnya Kolaborasi Puskesmas dan Fasyankes Primer Lainnya dalam Pemberian Pelayanan	Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan Redistribusi Kepesertaan dari Puskesmas ke FKTP Swasta	100%
	Persentase realisasi anggaran Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	96%

SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR	TARGET 2024
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	Persentase realisasi capaian kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	95%
	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	95%
	Nilai Reformasi Birokrasi (RB) Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	90
Meningkatnya Peran Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Milik Swasta Dalam Pelayanan Program Prioritas Bagi Masyarakat	Persentase Puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung program prioritas	80%

Tabel Indikator Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan berdasarkan Permenkes 12 Tahun 2025

SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR	TARGET 2025
Meningkatnya jumlah populasi yang berpartisipasi dalam penyimpanan dan pengambilan sampel Biobank	IKK 31.1.1 Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	97
	IKK 31.1.2 Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik	60
Meningkatnya RS yang melakukan Penelitian Kesehatan	IKK 32.2.1 Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar	43
	IKK 32.3.1 Jumlah Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	100
Meningkatnya RS yang melakukan pengembangan pelayanan kesehatan lanjutan	IKK 16.3.1 Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	400
	IKK 16.3.6 Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	30
Meningkatnya Kab/Kota yang memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya	IKK 14.1.4 Persentase/Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	20
Meningkatnya kolaborasi Puskesmas dan fasilitas pelayanan Kesehatan primer lainnya dalam pemberian layanan	IKK.17.4.1. Persentase kab/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP Swasta	100
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	IKM. 33.1. Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	83
	IKM 33.6. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan (Direktif Pimpinan)	96 %
	IKM 33.2. Nilai Kinerja Anggaran Capaian Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	92,35

SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR	TARGET 2025
	IKM 33.5. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK Yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	95%
	IKM.33.4. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	n/a
	IKM 33.2. Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	81
	IKD.33.3. Jumlah Provinsi Yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi Organ sesuai dengan standar	n/a

Dokumen Perjanjian Kinerja Direktur Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun 2026



DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN DIREKTORAT PENGEMBANGAN PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yanti Herman
Jabatan : Direktur Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan
selanjutnya disebut pihak pertama,

Nama : Azhar Jaya
Jabatan : Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua,

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Pihak Kedua,

Jakarta, Januari 2026
Pihak Pertama

Azhar Jaya

Yanti Herman

DIREKTORAT PENGEMBANGAN PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Tujuan 2: Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	IT 2 Cakupan Layanan Kesehatan Esensial**	
	Sasaran Strategis 2.1 Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	ISS 14 Persentase kabupaten/kota dengan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar**	
		ISS 16 Persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi paripurna**	
024.DY Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan			
	Sasaran Program: Meningkatkan pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan	IKP 14.1 Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan dengan SPA kesehatan sesuai standar**	
		IKP 16.3 Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas**	
7957. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lanjutan			
	Sasaran Kegiatan: Meningkatkan Kab/Kota yang memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya	IKK 14.1.4 Persentase kabupaten/kota memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya	35%
	Sasaran Kegiatan: Meningkatkan RS yang melakukan pengembangan pelayanan kesehatan lanjutan	IKK 16.3.1 Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	450 Fasyankes
		IKK 16.3.6 Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	34 RS

**DIREKTORAT PENGEMBANGAN PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026**

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Tujuan 5: Teknologi kesehatan yang maju	IT 5 Persentase populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional**	
	Sasaran Strategis 5.1 Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan dan uji klinis	ISS 31 Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan	200%
		ISS 32 Peningkatan kapabilitas uji klinik di Indonesia**	
	024.DY Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan		
	Sasaran Program: Meningkatnya layanan berbasis kedokteran presisi	IKP 31.1 Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi*	7 Layanan
	Sasaran Program: Meningkatnya kapabilitas riset di Rumah Sakit	IKP 32.2 Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional*	25 RS
		IKP 32.3 Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP*	6 RS
	7957. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lanjutan		
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya jumlah populasi yang berpartisipasi dalam penyimpanan dan pengambilan sampel Biobank	IKK 31.1.1 Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	97%
		IKK 31.1.2 Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik	60%
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya RS yang melakukan Penelitian Kesehatan	IKK 32.2.1 Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar	63 RS
		IKK 32.3.1 Jumlah Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	200 Peneliti

**DIREKTORAT PENGEMBANGAN PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026**

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Tujuan 6: Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien	IT 6 Nilai Good Public Governance Kementerian Kesehatan**	
	Sasaran Strategis 6.1 Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	ISS 33 Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan**	
	024.WA Program Dukungan Manajemen		
	Sasaran Program: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan		
	4813 Program Dukungan Manajemen		
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan	IKM 33.1 Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	83 (Nilai)
		IKM 33.2 Nilai Kinerja Anggaran Kantor Pusat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	92,75 (Nilai)
		IKM 33.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	82 (Nilai)
		IKM 33.4 Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	4.00 (Nilai)
		IKM 33.5 Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	95%
		IKM 33.6 Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	96%

**DIREKTORAT PENGEMBANGAN PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026**

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		IKD 33.3 Jumlah Provinsi yang menyelenggarakan pelayanan transplantasi organ sesuai dengan standar	16 Provinsi

Keterangan:
* : Kontributor
** : Kolaborasi (Target Indikator Kinerja tidak ditampilkan)
IKM : Indikator Kinerja Mandatory Program Dukungan Manajemen
IKD : Indikator Kinerja Diserif Pimpinan

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp 5.906.088.000
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 0
Total	Rp 5.906.088.000

Pihak Kedua,


Azhar Jaya

Jakarta, Januari 2026
Pihak Pertama,


Yanti Herman

C. Perencanaan dan Anggaran

Perencanaan dan Anggaran yang disiapkan dalam mendukung pencapaian indikator yang akan dicapai pada tahun 2025 sebagai berikut:

Indikator	Kegiatan Yang Mendukung Indikator	Anggaran
Program Pelayanan Kesehatan dan JKN (DG.2090)		13.367.040.000
IKK 31.1.1 Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	1. AEF.101 Advokasi dan sosialisasi pengembangan pelayanan kesehatan rujukan	857.945.7000
	2. AFA.101-Pedoman Penyelenggaraan Pemanfaatan Teknologi Biomedis	174.800.000
IKK 31.1.2 Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik	1. PFA.101 Pedoman Pelayanan Kedokteran Presisi	64.000.000
	2. QDB.103 Pendampingan Teknis dan Supervisi RS Penyelenggara Kedokteran Presisi	114.140.000
	3. BDB.101 Pendampingan teknis dan supervisi RS dalam pengembangan sel punca	328.980.000
	4. ACD.101 Penilaian kesesuaian perizinan dan penetapan terkait biomedis dalam kewenangan pusat	103.040.000
	5. AFA.102 Pedoman Standar Usaha Pengelolaan dan Penyimpanan Sel/Sel Punca	111.865.000
	6. BDB.103 Implementasi Pengolahan dan Penyimpanan Sel/ Sel Punca di Bank dan Lab sesuai standar	139.900.000
	7. AFA.104 Pedoman standar usaha penyelenggaraan bank mata	89.440.000
	8. FAE.103 Pemantauan Fasyankes yang Mengembangkan Pelayan Rujukan Berbasis Terapi Sesuai Standar	104.140.000
	9. BDB.102 Implementasi pelayanan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh di fasyankes sesuai standar	279.640.000
IKK 16.3.1 Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	1. FAE.101 Monitoring dan evaluasi pengembangan pelayanan berbasis AI, robotik, telemedisin dan TRB	160.743.000
	2. FAE.102 Bimbingan Teknis Pengembangan Pelayanan Berbasis AI dan Robotik	118.700.000
	3. QDB.101 Bimbingan Teknis dan Supervisi Terkait Pengembangan Pelayanan Telemedisin	388.512.000
	4. UAB.101 Pengembangan dan Integrasi Sistem Aplikasi Telemedisin	259.165.000
	5. AFA.103 Pedoman penyelenggaraan pelayanan teknologi reproduksi berbantu	98.125.000

Indikator	Kegiatan Yang Mendukung Indikator	Anggaran
	6. BIC.101 Bimbingan teknis dan supervisi terkait penyelenggaraan pelayanan teknologi reproduksi dengan bantuan	61.675.000
	7. BDB.104 Pendampingan teknis RS penyelenggara pengembangan bedah robotik	100.080.000
IKK 16.3.6 Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	1. QDB.105 Pendampingan Teknis dan Supervisi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Wisata Medis	552.875.000
	2. PFA.102 Permenkes tentang Pelayanan Wisata Medis	40.950.000
	3. AFA.108 Petunjuk teknis pelayanan kesehatan dan evakuasi medis pada event nasional dan internasional	35.990.000
	4. AFA.105 Pedoman penyelenggaraan pelayanan transplantasi organ dan/atau jaringan	136.230.000
	5. AFA.106 Standar Pusat Diagnostik	51.750.000
	6. BDB.102 Implementasi pelayanan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh di fasyankes sesuai standar	279.640.000
	7. BAH.101 Pelayanan kesehatan yang terstandar pada event nasional dan internasional	234.114.000
	8. FAE.104 Monitoring dan evaluasi penunjang pelayanan kesehatan rujukan	195.740.000
	9. FBA.101 Pembinaan Wilayah dalam rangka Implementasi Transformasi Kesehatan	855.000.000
IKK 14.1.4 Persentase Kabupaten/Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	1. BDB.105 Implementasi Pelayanan Darah di Fasilitas pelayanan kesehatan Sesuai Standar	176.063.000
	2. 2090.AFA.107 Pedoman penyelenggaraan pelayanan darah	184.026.000
IKK 32.2.1 Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar	1. Pendampingan dan Pembinaan CRU Rumah Sakit	
	2. QDB.102 Layanan Komisi Etik Penelitian Kesehatan Nasional	211.600.000
	3. QDB.104 - Pendampingan Teknis dan Supervisi RS Penyelenggara Penelitian Klinik	185.800.000
IKK 32.3.1 Jumlah Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	Worskshop Good Clinical Practice (BB Binomika)	
Program Dukungan Manajemen (4813)		515.862.000
	EBA.962. Layanan Umum	486.147.000
	EBC.954. Layanan Manajemen SDM	29.715.000

Perencanaan dan Anggaran yang disiapkan dalam mendukung pencapaian indikator yang akan dicapai pada tahun 2026 sebagai berikut:

Indikator	Kegiatan Yang Mendukung Indikator	Anggaran
Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lanjutan (DY.7957)		5.906.088.000
IKK 14.1.4 Persentase Kabupaten/Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	QDB.102 - Implementasi Pelayanan Darah di Fasilitas pelayanan kesehatan Sesuai Standar	11.3566.000
	AFA.110-Pedoman Pelayanan Pengelolaan dan Transfusi Darah	36.472.000
IKK 16.3.1 Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	QDB.101-Bimbingan Teknis dan Supervisi Terkait Pengembangan Pelayanan Telemedisin	113.767.000
	UAB.101- Pengembangan dan Integrasi Sistem Aplikasi Telemedisin	37.042.000
IKK 16.3.6 Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	QDB.105 - Pendampingan Teknis dan Supervisi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Wisata Medis	84.625.000
	AFA.105 Pedoman penyelenggaraan pelayanan transplantasi organ dan/atau jaringan	25.429.000
	BDB.102 Implementasi pelayanan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh di fasyankes sesuai standar	50.200.000
	BAH.101 Pelayanan kesehatan yang terstandar pada event nasional dan internasional	16.890.000
	FAE.101 – Monitoring dan Evaluasi Penunjang Pelayanan Kesehatan Lanjutan	52.720.000
	AFA.109 Pedoman Penyelenggaraan Penunjang Pelayanan Kesehatan Lanjutan	38.622.000
	BIC.101 Bimbingan Teknis dan Supervisi Penyelenggaraan Pelayanan Teknologi Reproduksi Berbantu	51.825.000
	FBA.101 - Pembinaan Wilayah dalam rangka Implementasi Transformasi Kesehatan	1.723.000
IKK 31.1.1 Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	AEF.101 Advokasi dan sosialisasi pengembangan pelayanan kesehatan rujukan	4.744.252.000
	AFA.101- Pedoman Penyelenggaraan dan Mekanisme Penetapan Biobank/Biorepository	27.108.000
	UAB.102 - Pengembangan Sistem Biobank	20.120.000
IKK 31.1.2 Persentase	PFA.101 - Pedoman Pelayanan Kedokteran Presisi	53.520.000

Indikator	Kegiatan Yang Mendukung Indikator	Anggaran
populasi yang menggunakan farmakogenomik	QDB.103 - Pendampingan Teknis dan Supervisi RS Penyelenggara Kedokteran Presisi	127.229.000
	BDB.101 - Pendampingan teknis dan supervisi RS dalam pengembangan sel punca	165.524.000
IKK 32.2.1 Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar	Pendampingan dan Pembinaan CRU Rumah Sakit (BB Binomika)	
	BDB.106 - Pendampingan Teknis dan Supervisi RS Penyelenggara Penelitian Klinik	145.454.000
IKK 32.3.1 Jumlah Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	Worskshop Good Clinical Practice (BB Binomika)	

D. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang berada pada Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan pada tahun 2026 sebanyak 62 orang dengan rincian 57 orang PNS, dan 5 orang P3K. Adapun gambaran distribusi tenaga di Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan menurut jabatan, golongan, pendidikan dan jenis kelamin sebagaimana uraian berikut:

o **Jabatan :**

Direktur	: 1 orang
Analisis Kebijakan	: 8 orang
Administrator Kesehatan	: 31 orang
Analisis Pengelolaan Keuangan APBN	: 3 orang
Arsiparis	: 3 orang
Perencana	: 3 orang
Operator Layanan Operasional	: 3 orang
Analisis SDM Aparatur	: 1 orang
Penata Kelola Layanan Kesehatan	: 1 orang
Penata Laksana Barang Terampil	: 1 orang
Penata Layanan Operasional	: 5 orang
Pengelola Layanan Operasional	: 1 orang
Pranata Keuangan APBN	: 1 orang

o **Golongan :**

Golongan IV	: 9 orang
Golongan III	: 45 orang
Golongan II	: 3 orang
Golongan IX	: 3 orang
Golongan V (PPPK)	: 2 orang
PPNP	: 1 orang

○ **Jenis Kelamin :**

Wanita

: 46 orang

Pria

: 16 orang

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2024 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator program dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut dapat diperoleh informasi pencapaian indikator kinerja, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program di masa yang akan datang, agar setiap program yang direncanakan ke depan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Untuk mendukung peningkatan mutu fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan maka sasaran kegiatan berdasarkan Permenkes 13 tahun 2022 tentang perubahan struktur organisasi Kementerian Kesehatan, Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan adalah untuk meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan survei akreditasi.

Tabel Indikator Kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer berdasarkan Permenkes 13 Tahun 2022

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2024	Realisasi 2024
Meningkatnya Kolaborasi Puskesmas dan Fasyankes Primer Lainnya dalam Pemberian Pelayanan	Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan Redistribusi Kepesertaan dari Puskesmas ke FKTP Swasta	100%	100%
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	Persentase realisasi anggaran Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	96%	98,95%
	Persentase realisasi capaian kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	95%	100%
	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	90%	98,32%

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2024	Realisasi 2024
	Nilai Reformasi Birokrasi (RB) Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	90	85,10
Meningkatnya Peran Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Milik Swasta Dalam Pelayanan Program Prioritas Bagi Masyarakat	Persentase Puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung program prioritas	80%	84,17%

Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Tahun 2024

Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan Redistribusi Kepesertaan dari Puskesmas ke FKTP Swasta

1. Pencapaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Redistribusi Kepesertaan dari Puskesmas ke FKTP Swasta di tahun 2024 adalah sebesar 100% dari Jumlah kabupaten/kota yang telah melaksanakan redistribusi kepesertaan dari satu atau lebih puskesmas ke klinik pratama atau praktek mandiri yang telah bekerjasama dengan BPJS dibagi dengan jumlah kabupaten kota yang memenuhi ketentuan untuk dilakukan redistribusi kepesertaan. Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan terkait pelaksanaan redistribusi kepesertaan dari Puskesmas ke klinik pratama atau praktik mandiri dokter terdapat sudah ada realisasi 100% TA 2024 atau dari target 14 kab/kota sudah tercapai 14 kab/kota (Bangli, Buleleng, Lampung Timur, Subang, Brebes, Cilacap, Maros, Gowa, Kota Makassar, Ogan Komering Ilir, Kuningan, Kota Yogyakarta, Gunung Kidul, Kota Pontianak) yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku (meliputi standar rasio ketersediaan dokter dibanding jumlah kepesertaan, jumlah peserta maksimal, jumlah waktu praktek dokter dalam satu hari, kabupaten/kota telah tersosialisasi dan mendapatkan persetujuan komitmen dari kepala daerah setempat.

2. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Indikator	Target 2022	Realisasi 2022	Target 2023	Realisasi 2023	Target 2024
Persentase Kabupaten /Kota Yang Melaksanakan Redistribusi Kepesertaan dari Puskesmas ke FKTP Swasta	25%	25%	50%	50%	100%

Untuk realisasi anggaran dan kinerja tahun 2025 dengan indikator **Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Redistribusi Kepesertaan dari Puskesmas ke FKTP Swasta** tidak tersedia dikarenakan indikator ini hanya digunakan untuk tagging anggaran efisiensi pada anggaran existing Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer sesuai Permenkes No.5 Tahun 2022 tentang Struktur organisasi Kementerian Kesehatan.

Tahun 2025 merupakan tahun pertama dari pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029 sesuai Permenkes 12 Tahun 2025, untuk pengukuran kinerja yang dilakukan menggunakan Permenkes 12 tahun 2025. Sedangkan untuk pengukuran kinerja tahun ke-1 (pertama) belum bisa membandingkan dengan capaian tahun sebelumnya, karena indikator tahun 2025 adalah pelaksanaan Rencana Strategis dan pelaksanaan indikator baru yang dimulai pada tahun 2025 sesuai Permenkes 12 tahun 2025. Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui capaian kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan pada masa awal Renstra 2025-2029.

Tabel Capaian Indikator Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun 2025

Capaian Indikator Tahun 2025 per 9 Januari 2026

No	Indikator	Kinerja		
		Target	Realisasi per Triwulan IV	%
1	Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4 layanan	4 layanan	100%
2	Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan	100%	100	100%
3	Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10 RS	10 RS	100%
4	Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3 CRU	3 CRU	100%
5	Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	400 Fasyankes	400 Fasyankes	100%
6	Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	30 RS	40 RS	133,33%
7	Persen populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	97%	98%	101%
8	Persen populasi yang menggunakan farmakogenomika	60%	50%	83%
9	RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar	43 RS	43 RS	100%
10	Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	100 Peneliti	146 Peneliti	146
11	Persentase kab kota yang memenuhi standar kebutuhan darah di wilayahnya	20%	20,4%	100,2%



Indikator Direktif dan Mandatory

Matriks Indikator Direktif dan Indikator Mandatori Tahun 2025-2026

No	Indikator	Target	Realisasi	Target	Realisasi
		2025	2025	2026	2026
	Direktif				
1	Persentase realisasi anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	96%	92,14%	96	44,47
	Mandatori				
1	Indeks kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	81	81,98	82	83,46
2	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	95%	98%	95	0
3	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	92,35%	85,56%	92,75	37,79
4	Nilai reformasi birokrasi (RB) Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer	90	85,10	-	-

Capaian Kinerja Semester I Tahun 2026

Indikator RPJMN

Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi

1. Definisi Operasional:

Jumlah layanan kesehatan yang telah menerapkan prinsip kedokteran presisi untuk pendekatan teknologi yang spesifik.

2. Cara Perhitungan:

Jumlah layanan kesehatan yang telah menerapkan prinsip kedokteran presisi untuk pendekatan teknologi yang spesifik.

3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Undang-Undang Kesehatan 17 tahun 2023 dan turunannya Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengamanatkan pemanfaatan teknologi biomedis sebagai salah satu bagian dari teknologi kesehatan. Pelayanan kedokteran presisi (*precision/personalized medicine*) merupakan bagian dari pemanfaatan teknologi biomedis. Hal tersebut sejalan dengan dokumen Visi Indonesia 2045 yang dikeluarkan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) yang menyatakan bahwa “Teknologi pengobatan akan berkembang ke arah *personalized medicine* yakni obat diberikan pada pasien hanya apabila obat tersebut akan efektif untuk pasien tersebut.” Salah satu upaya terobosan yang dilakukan adalah pengembangan bioteknologi kesehatan untuk mewujudkan precision medicine melalui inisiatif *Biomedical Genome Science Initiative* (BGSi) sejak tahun 2022. Pengembangan BGSi ditujukan untuk menghadirkan pengobatan yang presisi (*precision medicine*) bagi masyarakat, mendeteksi potensi penyakit di masa depan.

Kegiatan yang mendukung ketercapaian indikator diselenggarakan mulai dari perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, serta monitoring evaluasi.

4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Kegiatan yang direncanakan untuk mendukung pencapaian target, yaitu:

a. Penyusunan NSPK Pelayanan Kedokteran Presisi

Kegiatan penyusunan NSPK pelayanan kedokteran presisi dilaksanakan atas amanah penyusunan peraturan turunan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 khususnya terkait tata cara perizinan penyelenggaraan layanan kedokteran presisi di fasyankes. Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan saat ini dalam proses penetapan. Dalam

regulasi tersebut terdapat amanah penyusunan pedoman yang bersifat teknis sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan kedokteran presisi oleh fasilitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan melalui kegiatan penyusunan NSPK ini.

b. Fasilitas RS Penyelenggara Kedokteran Presisi

Program BGSi yang telah diselenggarakan sejak tahun 2022 melibatkan 10 RS Kementerian Kesehatan sebagai koordinator hubs untuk melakukan pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan berbasis kedokteran presisi di bidang kanker, penyakit metabolik, penyakit langka, penyakit infeksi, penyakit kardiovaskular, penyakit otak dan neurodegeneratif, nutrition, *aging and wellness*, kesehatan ibu dan anak, dan kesehatan jiwa. Kegiatan Fasilitas ini merupakan bentuk implementasi tugas dan fungsi direktorat untuk memberikan bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan rujukan dengan sasaran diantaranya adalah RS koordinator hubs BGSi, serta RS lain yang juga mengembangkan pelayanan kedokteran presisi sebagai pendekatan baru untuk pencegahan dan pengobatan penyakit dengan mempertimbangkan gen, lingkungan dan pola hidup seorang pasien.

c. Penyusunan NSPK Biobank dan/atau Biorepositori

Berdasarkan UU Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 terdapat amanat tentang pemanfaatan teknologi kesehatan yang meliputi teknologi biomedis, teknologi informasi dalam SIKN, dan teknologi lainnya. Pemanfaatan teknologi biomedis dilaksanakan mulai dari kegiatan pengambilan, penyimpanan jangka panjang, serta pengelolaan dan pemanfaatan material dalam bentuk spesimen klinik dan materi biologi, muatan informasi, dan data terkait yang ditujukan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dan pelayanan kesehatan. Penyimpanan dan pengelolaan material dalam bentuk spesimen klinik dan materi biologi, muatan informasi, dan data untuk jangka panjang harus dilakukan oleh biobank dan/atau biorepositori. Biobank dan/atau biorepositori diselenggarakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan, institusi pendidikan, dan/atau lembaga penelitian dan pengembangan Kesehatan, baik milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, maupun swasta. Konsep ini masih terbilang baru di Indonesia dan belum memiliki sistem manajerial maupun operasional yang terstandarisasi. Hal ini dikarenakan belum ada kebijakan yang jelas dan spesifik dari pemerintah dalam rangka pembinaan dan pengawasan pihak yang terlibat. Biobank atau biorepository juga sarat akan isu sensitif terkait kepemilikan biosampel, kerahasiaan data-data biologis dan klinik partisipan biobank, serta aspek legal dan etik. Maka dari itu penetapan regulasi terkait biobank atau biorepositori menjadi sangat penting demi memastikan hak-hak dasar partisipan biobank terlindungi. Regulasi ini juga diharapkan dapat

memberi ruang bagi peneliti, pihak manajerial, dan institusi untuk melakukan pengembangan dan berkontribusi secara optimal dalam mendukung penelitian tanpa menyalahi kode etik dan hukum yang berlaku.

d. Pengembangan Sistem Informasi Biobank/ Biorepositori

Menindaklanjuti amanah PP Nomor 28 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terkait penetapan biobank dan/biorepositori, serta untuk pendataan, standardisasi informasi, dan integrasi data secara nasional, diperlukan sistem informasi yang terintegrasi untuk mempermudah penetapan dan pencatatan penyelenggaraan biobank dan/atau biorepositori di Indonesia. Pengembangan sistem informasi dilaksanakan sebagai implementasi amanah peraturan perundang-undangan mengenai penetapan serta integrasi data biobank dan/atau biorepositori ke dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN). Sistem yang dikembangkan dirancang untuk mendukung proses registrasi, penetapan, pencatatan, dan pelaporan. Pengembangan sistem ini adalah upaya Pemerintah untuk melakukan pendataan, standardisasi informasi, dan integrasi data secara nasional terkait penyelenggaraan biobank dan/atau biorepositori di Indonesia.

e. Monitoring Evaluasi Fasyankes Penyelenggara Pelayanan Berbasis Terapi

Kegiatan monitoring dan evaluasi fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara pelayanan berbasis terapi merupakan bagian penting dalam upaya pembinaan dan pengawasan untuk memastikan penyelenggaraan layanan dilaksanakan sesuai dengan standar, ketentuan, dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Kegiatan ini bertujuan untuk menilai kesesuaian implementasi pelayanan berbasis terapi, mengidentifikasi kendala dan kebutuhan di lapangan, mengevaluasi pemenuhan aspek mutu, keamanan, dan keselamatan pasien, serta memastikan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan telah menerapkan tata kelola layanan sesuai dengan regulasi yang berlaku.

Sejalan dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, diperlukan kegiatan monitoring dan evaluasi secara berkala sebagai bagian dari implementasi kebijakan penyelenggaraan pelayanan berbasis terapi. Hasil monitoring dan evaluasi diharapkan menjadi dasar dalam penyusunan rekomendasi perbaikan, penguatan pembinaan, serta penyempurnaan kebijakan guna meningkatkan mutu, keamanan, dan efektivitas penyelenggaraan pelayanan berbasis terapi di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi pada semester 1 tahun 2026 sudah dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan berupa Laboratorium Pengolahan Sel dan/atau Sel Punca, Bank Sel dan/atau Sel Punca serta Rumah Sakit

Penelitian berbasis Terapi Sel dan/atau Sel Punca di Provinsi DKI Jakarta,, Jawa Tengah, serta Jawa Barat.

5. Pencapaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator jumlah layanan berbasis kedokteran presisi di tahun 2026 adalah sebanyak 7 layanan. Per semester I tahun 2026 terdapat 6 layanan berbasis kedokteran presisi yang telah diselenggarakan rumah sakit, yaitu layanan iCare yang digunakan untuk deteksi dini kanker di RS Kanker Dharmais, pemeriksaan kelainan kromosom janin (non-invasive perinatal testing) di RSAB Harapan Kita, layanan Cholestogen yang digunakan untuk membantu deteksi jenis hiperkolesterol yang diturunkan secara genetik akibat mutasi gen pengontrol kadar kolesterol dalam darah di RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, layanan NeuroPrecise untuk pemeriksaan resistensi obat clopidogrel, prediksi risiko efek samping obat anti-epilepsi, serta faktor risiko penyakit Alzheimer di RSPON Prof. Dr. Mahar Mardjono, layanan GenMODY yaitu layanan pemeriksaan monogenik diabetes Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY) berbasis gen yang dilaksanakan di RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo dan Layanan CardiacReady adalah layanan tes genomik untuk pencegahan dan pengelolaan risiko kardiovaskular secara dini yang dilaksanakan di RSJPD Harapan Kita. Maka dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja periode semester I tahun 2026 untuk indikator jumlah layanan berbasis kedokteran presisi adalah 85.71%.

Ruang lingkup pengukuran indikator meliputi rumah sakit hubs program BGSi, rumah sakit dan klinik utama milik pemerintah maupun swasta yang telah menyelenggarakan layanan berbasis kedokteran presisi. Saat ini regulasi yang mengatur tata cara mendapatkan izin Menteri Kesehatan untuk pelayanan kedokteran presisi masih dalam proses penyusunan sehingga penetapan dinyatakan melalui keterangan dari Ditjen Kesehatan Lanjutan.

Indikator	2026		
	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	7	6	85,71%

6. Analisa Capaian Kinerja

Layanan kedokteran presisi merupakan pendekatan baru untuk pencegahan dan pengobatan penyakit dengan mempertimbangkan gen, lingkungan, dan pola hidup seorang pasien. Berdasarkan capaian pada semester I terdapat 6 layanan kedokteran presisi yang telah diselenggarakan oleh rumah sakit. Adapun layanan kedokteran presisi lainnya yang saat ini sedang dalam tahap pengembangan adalah Care4Rare (pemeriksaan sekuensing untuk penyakit langka) oleh RS Dr. Sardjito. Pengembangan

layanan ini ditargetkan selesai pada akhir tahun 2026. Maka dari itu dapat disampaikan bahwa capaian indikator kinerja tahun 2026 sudah *on track* sesuai dengan target yang ditetapkan.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Capaian *indikator* pada semester I TA 2026 jika dibandingkan dengan target tahunan adalah 85,71%.

Indikator	2026	
	Target	Capaian
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	7	85,71%

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Kementerian Kesehatan telah menyusun dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 dimana jumlah layanan berbasis kedokteran presisi merupakan bagian dari salah indikator kinerja baru untuk mengukur tingkat keberhasilan program. Oleh karena dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 baru ditetapkan pada tahun 2025, maka capaian realisasi baru bisa dibandingkan dengan tahun 2025 dengan 2026 yang dapat dijadikan sebagai data pembanding.

Indikator	2025			2026		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4	4	100%	7	6	85,71%

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Berdasarkan RPJMN Bidang Kesehatan Tahun 2025-2029

Pada periode semester I tahun 2026 indikator jumlah layanan berbasis kedokteran presisi telah diperoleh realisasi sebanyak 6 layanan sehingga capaian semester I sebesar 85,71%. Namun demikian upaya untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu terus diakselerasi untuk memastikan target jangka menengah pada RPJMN Bidang Kesehatan Tahun 2025-2029 bisa tercapai.

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	target
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	7	6	15

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum ada data pembandingan secara nasional terkait jumlah layanan berbasis kedokteran presisi sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

11. Permasalahan

- a. Regulasi terkait penyelenggaraan layanan kedokteran presisi masih dalam proses penetapan, pedoman teknis dalam tahap penyusunan.
- b. Sebagian rumah sakit masih dalam proses pengembangan pelayanan kedokteran presisi serta masih dalam ranah penelitian
- c. Kapasitas RS masih terbatas untuk pengembangan pelayanan kedokteran presisi khususnya dalam hal pemeriksaan dan analisis genetika

12. Upaya Pemecahan Masalah

- a. Proses penetapan RPKM Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Substansi Kedokteran Presisi dan penyusunan pedoman turunannya, serta penyusunan Standar perizinan penyelenggaraan pelayanan kedokteran presisi dan/atau pemeriksaan dan analisis genetika sebagai bagian dari revisi Permenkes No. 11 Tahun 2025
- b. Melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara kedokteran presisi dalam penyusunan pedoman teknis
- c. Melakukan koordinasi dengan rumah sakit termasuk milik swasta mengenai perkembangan pelayanan kedokteran presisi
- d. Menyusun tingkatan kemampuan pemeriksaan dan analisis genetika pada rancangan standar perizinan yang sedang disusun melibatkan fasyankes penyelenggara kedokteran presisi
- e. Pengembangan model layanan Hub-and-Satelit untuk mengatasi gap kapasitas sumber daya pemeriksaan genetika dan analisis genetika

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

- a. Dukungan regulasi yang kuat yang secara eksplisit mendorong pemanfaatan teknologi biomedis untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kedokteran presisi
- b. Pengembangan Program Prioritas Nasional Biomedical & Genome Science Initiative (BGSI) menjadi motor penggerak utama transformasi teknologi kesehatan dalam implementasi pelayanan kedokteran presisi
- c. Tersedia jejaring Rumah Sakit Rujukan Nasional/ Kementerian Kesehatan sebagai Koordinator Hubs yang dapat melakukan transfer pengetahuan dan acuan standardisasi laboratorium pemeriksaan dan analisis genetika

14. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan dengan memanfaatkan teknologi informasi dalam proses administrasi, komunikasi, dan koordinasi, seperti penyampaian surat, konfirmasi serta koordinasi dengan rumah sakit terutama dilakukan secara

digital/virtual. Pendekatan ini mempercepat proses administrasi, mengurangi penggunaan dokumen fisik, dan meningkatkan efektivitas koordinasi.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Sampai dengan Semester I Tahun 2026 masih sebagian program pendukung telah terlaksana sesuai rencana. Kegiatan yang dilakukan diantaranya berupa koordinasi daring melibatkan RS koordinator hubs, jejaring dan lintas sektor terkait. Disamping itu proses penyusunan pedoman teknis yang memuat substansi penyampaian laporan hasil pemeriksaan genetika juga dalam proses.

16. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

- a. Akselerasi penyusunan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) secara paralel dengan proses penetapan Peraturan Menteri Kesehatan turunan. Langkah ini dilakukan untuk memastikan tersedianya panduan operasional yang siap diimplementasikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara kedokteran presisi dan/atau laboratorium pemeriksaan dan analisis genetika sekaligus memitigasi risiko kekosongan hukum pada masa transisi regulasi.
- b. Bersama BB Binomika melakukan survei cepat pada seluruh rumah sakit guna mengidentifikasi dan memetakan ketersediaan pelayanan kedokteran presisi dan potensinya, serta ketersediaan tenaga medis, tenaga kesehatan, atau tenaga pendukung yang memiliki kompetensi di bidang kedokteran presisi dan/atau konseling genetika.
- c. Fasilitasi pembentukan jejaring dan kerja sama antara rumah sakit koordinator hubs program BGSi dan spoke/satelit maupun pihak terkait lainnya.
- d. Fasilitasi koordinasi pengajuan health technology assessment agar pelayanan kedokteran presisi menjadi bagian dari manfaat jaminan kesehatan sehingga dapat diakses secara lebih luas.

Indikator Kinerja Kegiatan (IKK)

IKK 31.1.1 Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank

1. Definisi Operasional

Persentase populasi direkrut untuk diambil sampelnya dan data sampel disimpan dalam Biobank melalui BGSi.

2. Cara Perhitungan

Jumlah individu beserta sampel dan datanya dikumpulkan dan disimpan di Biobank dibagi dengan target tahunan populasi yang direkrut dan dikali 100%.

3. Rencana Aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Transformasi Teknologi Kesehatan memberikan capaian positif dimana teknologi hadir dengan berbagai dampak riil yang dapat dimanfaatkan bagi masyarakat Indonesia antara lain melalui pengembangan Biomedical Genome Science Initiative (BGSi) yang ditujukan untuk menghadirkan pengobatan yang presisi (*precision medicine*) bagi masyarakat, mendeteksi potensi penyakit di masa depan. Program dilakukan melalui perekrutan populasi untuk pengambilan sampel dan disimpan dalam Biobank untuk selanjutnya dilakukan *sequencing* dalam rangka pengembangan pelayanan kedokteran presisi. Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank merupakan salah satu indikator dalam Rencana Strategis sebagai langkah awal dari program BGSi. Sebagai bagian dari implementasi BGSi dilaksanakan rekrutmen partisipan melalui dua pendekatan, meliputi populasi pasien dan populasi umum. Rekrutmen pada populasi umum, melalui Program GENERASI SEHAT (Genomika Kesehatan Presisi Indonesia Sehat) untuk membangun basis data genomik nasional yang inklusif serta meningkatkan pemahaman terhadap keragaman genetik dan risiko penyakit pada populasi Indonesia.

Kegiatan yang mendukung ketercapaian indikator tersebut diselenggarakan secara berkolaborasi antara Direktorat PPKR, Balai Besar Biomedis dan Genomika serta *hubs* BGSi (10 Rumah Sakit Kemenkes) dengan sumber anggaran masing-masing. Kegiatan yang diselenggarakan mulai dari perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, monitoring evaluasi serta implementasi penyelenggaraan layanan.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Saat ini, kegiatan yang dilakukan Direktorat PPKR dalam rangka mendukung pencapaian target adalah melakukan penyusunan NSPK, serta koordinasi secara daring.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target sampai semester I tahun 2026

Indikator	2026	
	Target	Capaian
Persen populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	97%	18,7%

6. Analisa Capaian Kinerja

Capaian target pada Semester 1 Tahun 2026 sebesar 18,7% (4.671 dari target tahunan populasi yang direkrut 25.000) jumlah tersebut merupakan populasi yang direkrut di RS *hubs* BGSi untuk penyimpanan sampel di biobank.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Saat ini capaian indikator pada semester I TA 2026 jika dibandingkan dengan target tahunan masih pada persentase 18,7%.

Indikator	2026		
	Target	Realisasi Kinerja	Capaian SMT I TA 2026
Persen populasi direkrut untuk penyimpanan Biobank	97%	18,7%	19,3%

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Pada tahun 2025, target indikator telah tercapai melampaui target dengan tingkat realisasi sebesar 98 persen dan capaian sebesar 101 persen. Dengan target capaian indikator yang sama besar, progres pada Semester 1 tahun 2026 masih berada di bawah angka tahun 2025, yaitu realisasi 18,7 persen dan capaian 19,3 persen.

Indikator	2025			2026		
	Target	Realisasi Kinerja	Capaian TA 2025	Target	Realisasi Kinerja	Capaian SMT I TA 2026
Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik	97%	98%	101%	97%	18,7%	19,3%

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Pada periode semester I tahun 2026 indikator “Persen populasi direkrut untuk penyimpanan biobank” telah memperoleh realisasi sebanyak 18,7% sehingga diperoleh capaian sebesar 19,3% dari target 97%. Dengan demikian upaya untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu terus diakselerasi untuk memastikan indikator tahunan dan jangka menengah dapat tercapai sesuai target yang telah ditetapkan.

Indikator	Target					Realisasi Semester I	Capaian Semester I
	2025	2026	2027	2028	2029		
Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	97%	97%	100%	100 %	100%	18,7%	19,3%

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Indikator karena indikator “Persen populasi direkrut untuk penyimpanan biobank” merupakan indikator baru pada tahun 2025-2029. Tidak tersedia standar nasional untuk

indikator tersebut sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan terhadap realisasi kinerja tahun ini.

11. Permasalahan

- a. Program Generasi Sehat sebagai upaya rekrutmen bagi populasi umum di tahun 2026 masih dalam proses reviu etik
- b. Proses rekrutmen beberapa RS terkendala izin penelitian di tingkat daerah/institusi

12. Upaya Pemecahan Masalah

- a. Rapat koordinasi BGSi dipimpin Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dan dihadiri BB Binomika dan RS koordinator hubs untuk percepatan rekrutmen
- b. Indikator "Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk Program BGSi" menjadi salah satu indikator kinerja direktif dari Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan bagi para Direksi RS koordinator hubs BGSi
- c. Pada akhir semester 1 telah dilakukan reviu capaian indikator kinerja Direksi RS koordinator hubs melalui proses desk secara daring untuk mengidentifikasi kendala dan tindak lanjut yang dapat dilakukan.
- d. Fasilitasi koordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk perizinan dan surat pemberitahuan dari Direktur Jenderal kepada Kadinkes terkait untuk potensi PKS penelitian BGSi secara umum

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, monitoring evaluasi serta implementasi penyelenggaraan layanan. Hal yang memengaruhi pencapaian target indikator yang masih rendah proses rekrutmen dan pengajuan etik yang masih berproses.

14. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan dengan memanfaatkan teknologi informasi dalam proses administrasi, komunikasi, dan koordinasi, seperti penyampaian surat, konfirmasi serta koordinasi dengan rumah sakit secara digital. Pendekatan ini mempercepat proses administrasi, mengurangi penggunaan dokumen fisik, dan meningkatkan efektivitas koordinasi.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Sampai dengan Semester I Tahun 2026 masih sebagian program pendukung telah terlaksana sesuai rencana. Kegiatan yang dilakukan diantaranya berupa koordinasi daring melibatkan RS koordinator hubs, jejaring dan lintas sektor terkait. Disamping itu penyusunan pedoman teknis yang memuat substansi penyampaian laporan hasil pemeriksaan genetika juga dalam proses.

IKK 31.1.2. Persen populasi yang menggunakan farmakogenomik

1. Definisi Operasional

Persentase populasi yang telah berpartisipasi dalam penyetoran sampel di Biobank BGSI dan dilakukan pengujian sampel untuk penggunaan farmakogenomik melalui hasil individu mereka. Populasi Biobank adalah penduduk yang berpartisipasi dalam program BGSI, sudah diambil sampelnya dan data sampel tersimpan dalam sistem informasi BGSI.

2. Cara Perhitungan

Jumlah individu dengan data farmakogenomiknya tersedia di SatuDNA dibagi jumlah individu yang telah dilakukan analisis sekunder dikali 100 persen.

3. Rencana Aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Optimalisasi alur analisis, mulai dari rekrutmen partisipan yang sampelnya didapatkan, disimpan di sistem biobank, kemudian dianalisis menggunakan platform berteknologi tinggi untuk menghasilkan analisis farmakogenomik. Melalui pengelolaan hasil analisis farmakogenomik oleh BGSI, tenaga medis di rumah sakit dapat menyusun rencana asuhan medis yang lebih terpersonalisasi sesuai profil genetik pasien sehingga angka keberhasilan pengobatan meningkat dan risiko efek samping dapat ditekan. Kegiatan mendukung capaian indikator ini diselenggarakan secara kolaboratif antara Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan, serta 10 Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan yang tergabung sebagai Koordinator *Hubs* BGSI menggunakan sumber anggaran masing-masing. Koordinasi dan advokasi dilakukan secara berkala, utamanya terkait strategi pengembalian hasil farmakogenomik kepada partisipan untuk mendukung capaian indikator.

Kegiatan yang dilakukan di lingkup Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan meliputi perumusan kebijakan, penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan teknis, monitoring evaluasi, serta implementasi penyelenggaraan layanan.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

a. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Kedokteran Presisi

Kegiatan penyusunan NSPK pelayanan kedokteran presisi dilaksanakan atas amanah penyusunan peraturan turunan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 khususnya terkait tata cara perizinan penyelenggaraan layanan kedokteran presisi di fasyankes. Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan saat ini dalam proses penetapan. Dalam regulasi tersebut terdapat amanah penyusunan pedoman yang bersifat teknis sebagai

acuan dalam penyelenggaraan pelayanan kedokteran presisi oleh fasilitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan melalui kegiatan penyusunan NSPK ini.

b. Pendampingan Teknis Fasyankes dalam Pengembangan Sel Punca dan Sel

1) Pedoman Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca

Pada Semester I Tahun 2026, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan penyusunan substansi Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca sebagai tindak lanjut dari Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca yang konsepnya telah memperoleh persetujuan Menteri Kesehatan. Penyusunan pedoman ini dilakukan sebagai acuan teknis dalam penyelenggaraan pelayanan terapi berbasis sel dan/atau sel punca agar pelaksanaannya dapat berjalan secara aman, bermutu, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam proses penyusunannya, dilakukan benchmarking terhadap regulasi dan penyelenggaraan terapi berbasis sel dan/atau sel punca di beberapa negara sebagai bahan penyusunan substansi pedoman. Hasil benchmarking digunakan untuk mengidentifikasi praktik baik (*best practices*), standar penyelenggaraan pelayanan, serta mekanisme pembinaan dan pengawasan yang dapat diadopsi sesuai dengan kebutuhan penyelenggaraan pelayanan di Indonesia. Selain itu, pembahasan substansi juga dilakukan bersama Komite Pengembangan Sel Punca dan Sel untuk memperoleh masukan dalam rangka penyempurnaan konsep Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan.

Sebagai bagian dari proses penyusunan, pada tanggal 11 Mei 2026 telah dilaksanakan uji publik (*public hearing*) dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan, antara lain Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), organisasi profesi, akademisi, pakar, pelaku usaha, serta fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan ini menjadi forum untuk menghimpun masukan, saran, dan tanggapan dari berbagai pihak terhadap substansi pengaturan yang disusun, khususnya terkait pelaksanaan terapi berbasis sel dan/atau sel punca di fasilitas pelayanan kesehatan.

Masukan yang diperoleh dari uji publik selanjutnya dibahas sebagai bahan penyempurnaan konsep Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca. Penyempurnaan substansi dilakukan agar pedoman yang disusun mampu mengakomodasi kebutuhan implementasi di lapangan, memberikan kepastian

dalam penyelenggaraan pelayanan, serta mendukung terwujudnya pelayanan terapi berbasis sel dan/atau sel punca yang aman, bermutu, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2) Pedoman Penyelenggaraan Standar Pelayanan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca

Pada Semester I Tahun 2026, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan penyusunan standar pelayanan terapi berbasis sel dan/atau sel punca pada beberapa bidang pelayanan, meliputi dermatovenereologi, bedah saraf, penyakit dalam, dan neurologi. Penyusunan standar pelayanan dilakukan sebagai upaya untuk menyediakan acuan teknis dalam pelaksanaan terapi berbasis sel dan/atau sel punca sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan masing-masing disiplin ilmu, sehingga penyelenggaraan pelayanan dapat dilaksanakan secara aman, bermutu, dan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan serta ketentuan yang berlaku.

Dalam proses penyusunannya, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan serangkaian pembahasan bersama organisasi profesi terkait untuk menyusun substansi standar pelayanan berdasarkan bukti ilmiah, praktik klinis, serta kebutuhan implementasi di fasilitas pelayanan kesehatan. Selanjutnya, substansi standar pelayanan yang telah disusun direviu oleh Komite Pengembangan Sel Punca dan Sel guna memperoleh masukan dan penyempurnaan sehingga standar pelayanan yang dihasilkan dapat menjadi acuan yang komprehensif dan implementatif.

Selain penyusunan standar pelayanan, pada Semester I Tahun 2026 juga telah dilaksanakan sosialisasi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1200/2025 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Terapi Sel dan/atau Sel Punca di Bidang Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika. Sosialisasi dilaksanakan dalam bentuk webinar pada tanggal 25 Februari 2026 dengan melibatkan tenaga kesehatan dari berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman peserta terhadap substansi pedoman serta mendukung implementasi pelayanan terapi berbasis sel dan/atau sel punca di bidang bedah plastik rekonstruksi dan estetika sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Bagi peserta dari profesi dokter, webinar tersebut juga memberikan pengakuan dalam bentuk Satuan Kredit Profesi (SKP) sebagai bagian dari pengembangan kompetensi berkelanjutan.

3) Pengembangan Rancangan Sistem Informasi Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca

Pada Semester I Tahun 2026, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan pengembangan rancangan Sistem Informasi Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca sebagai upaya mendukung tata kelola penyelenggaraan pelayanan yang terintegrasi. Pengembangan sistem informasi dilakukan terhadap lima sistem, yaitu sistem registrasi laboratorium pengolahan sel dan/atau sel punca, sistem registrasi bank sel dan/atau sel punca, sistem pencatatan dan pelaporan laboratorium, sistem pencatatan dan pelaporan bank sel dan/atau sel punca, serta sistem informasi aplikasi klinis terapi berbasis sel dan/atau sel punca.

Dalam pelaksanaannya, dilakukan penyusunan rancangan proses bisnis untuk masing-masing sistem sebagai dasar pengembangan aplikasi. Penyusunan proses bisnis difokuskan pada pengaturan alur registrasi, pencatatan, pelaporan, serta pengelolaan data penyelenggaraan terapi berbasis sel dan/atau sel punca sehingga sistem yang dikembangkan dapat mendukung pelaksanaan pelayanan, pembinaan, dan pengawasan secara efektif.

Rancangan proses bisnis yang telah disusun selanjutnya dibahas bersama Komite Pengembangan Sel Punca dan Sel serta Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) untuk memperoleh masukan terhadap kebutuhan sistem, alur proses, dan substansi data yang akan diakomodasi dalam masing-masing sistem informasi. Masukan yang diperoleh dari hasil pembahasan tersebut menjadi bahan penyempurnaan rancangan proses bisnis sebelum memasuki tahapan pengembangan sistem.

Selain itu, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan juga melaksanakan pembahasan bersama Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan terkait pengembangan sistem informasi. Pembahasan difokuskan pada mekanisme dan tahapan pengembangan sistem, termasuk kebutuhan fitur, alur data, integrasi antar sistem, serta kesiapan infrastruktur teknologi informasi yang diperlukan untuk mendukung implementasi Sistem Informasi Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca secara terintegrasi.

4) Advokasi dan Sosialisasi terkait Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca

Pada Semester I Tahun 2026, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan kegiatan advokasi dan sosialisasi terkait penyelenggaraan terapi berbasis sel dan/atau sel punca kepada berbagai pemangku kepentingan sebagai upaya meningkatkan pemahaman terhadap kebijakan, standar pelayanan, serta arah pengaturan penyelenggaraan terapi

berbasis sel dan/atau sel punca. Kegiatan ini ditujukan untuk mendukung kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan dalam mengimplementasikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Salah satu kegiatan yang dilaksanakan adalah sosialisasi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1200/2025 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Terapi Sel dan/atau Sel Punca di Bidang Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika. Sosialisasi diselenggarakan dalam bentuk webinar pada tanggal 25 Februari 2026 dengan melibatkan tenaga kesehatan dari berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui kegiatan tersebut, peserta memperoleh pemahaman mengenai substansi standar pelayanan serta implementasinya dalam penyelenggaraan terapi berbasis sel dan/atau sel punca. Webinar tersebut juga memberikan Satuan Kredit Profesi (SKP) bagi peserta dari profesi dokter sebagai bagian dari pengembangan kompetensi berkelanjutan.

Selain itu, pada tanggal 11 Mei 2026 telah dilaksanakan uji publik (*public hearing*) terhadap substansi Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca dengan melibatkan kementerian/lembaga terkait, Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), organisasi profesi, akademisi, pakar, pelaku usaha, serta fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan ini menjadi forum untuk menghimpun masukan dan tanggapan dari berbagai pemangku kepentingan sebagai bahan penyempurnaan substansi Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan sehingga pedoman yang disusun dapat mengakomodasi kebutuhan implementasi di lapangan serta mendukung penyelenggaraan terapi berbasis sel dan/atau sel punca yang aman, bermutu, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5) Penetapan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penyelenggara Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca

Pada Semester I Tahun 2026, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan proses penetapan fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara terapi berbasis sel dan/atau sel punca berdasarkan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan. Proses penetapan dilakukan terhadap tiga jenis fasilitas, yaitu rumah sakit penyelenggara penelitian berbasis pelayanan terapi sel dan/atau sel punca, laboratorium pengolahan sel dan/atau sel punca, serta bank sel dan/atau sel punca. Selama Semester I Tahun 2026, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan menerima permohonan izin baru maupun perpanjangan izin yang selanjutnya diproses

melalui tahapan verifikasi administrasi, verifikasi dokumen, dan verifikasi lapangan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Hingga Semester I Tahun 2026, telah diterbitkan penetapan bagi tiga rumah sakit penyelenggara penelitian berbasis pelayanan terapi sel dan/atau sel punca, yaitu RS Murni Teguh Medan dan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang sebagai pemohon izin baru, serta RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta melalui mekanisme perpanjangan izin. Penetapan tersebut merupakan bagian dari upaya memastikan bahwa rumah sakit penyelenggara telah memenuhi persyaratan teknis, administratif, dan mutu dalam penyelenggaraan penelitian berbasis pelayanan terapi sel dan/atau sel punca.

Selain fasilitas yang telah memperoleh penetapan, proses evaluasi terhadap permohonan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya masih terus berlangsung. Laboratorium Biogenesis telah menyelesaikan tahapan verifikasi lapangan dan saat ini sedang melakukan tindak lanjut atas hasil verifikasi, sedangkan Laboratorium Sel Punca RSUD Dr. Moewardi Surakarta dan Laboratorium Sel Punca Murni Teguh masih berada pada tahap penyempurnaan dokumen berdasarkan hasil verifikasi. Pada kategori rumah sakit penyelenggara penelitian berbasis pelayanan terapi sel dan/atau sel punca, RSAB Harapan Bunda dan RS Islam Sultan Agung juga masih dalam proses pemenuhan hasil verifikasi dokumen sebagai bagian dari tahapan evaluasi sebelum penetapan izin dapat diterbitkan. Proses penetapan yang dilakukan secara bertahap diharapkan dapat memastikan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang memperoleh penetapan telah memenuhi persyaratan sesuai ketentuan serta mampu menyelenggarakan pelayanan terapi berbasis sel dan/atau sel punca secara aman dan bermutu.

6) Pembinaan dan Pengawasan terkait Penyelenggaraan Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target penyelenggaraan terapi berbasis sel dan/atau sel punca yang aman, bermutu, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dilaksanakan melalui kegiatan pembinaan dan pengawasan (binwas) terhadap rumah sakit penyelenggara penelitian berbasis pelayanan terapi sel punca dan/atau sel, laboratorium pengolahan sel dan/atau sel punca, dan bank sel dan/atau sel punca. Binwas dilakukan untuk memastikan bahwa seluruh tahapan penyelenggaraan pelayanan, mulai dari pengambilan, pengolahan, penyimpanan, hingga pemanfaatan klinis, telah memenuhi standar, pedoman, dan persyaratan mutu yang berlaku. Selain itu, kegiatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi kendala dalam penyelenggaraan pelayanan, memberikan

rekomendasi perbaikan, serta meningkatkan kepatuhan fasilitas pelayanan kesehatan terhadap standar pelayanan terapi sel dan/atau sel punca.

Pada Semester I Tahun 2026, kegiatan pendampingan teknis telah dilaksanakan pada beberapa fasilitas yang menyelenggarakan pelayanan dan pengembangan terapi berbasis sel dan/atau sel punca, meliputi Laboratorium Daewoong Biologics Cikarang, Laboratorium Tristem Surakarta, RSUD Dr. Moewardi Surakarta, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, Laboratorium CryoCord, dan Bank CryoCord. Kegiatan difokuskan pada penilaian kesesuaian penyelenggaraan pelayanan dengan standar yang berlaku, evaluasi sarana dan prasarana, proses pengolahan dan penyimpanan sel, penerapan sistem mutu, serta pemberian rekomendasi perbaikan untuk mendukung peningkatan kualitas dan keamanan penyelenggaraan pelayanan terapi sel dan/atau sel punca.

Selain itu, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan juga memberikan sosialisasi terkait substansi Peraturan Menteri Kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan terapi berbasis sel dan/atau sel punca yang telah disusun dan saat ini masih dalam proses penetapan. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan pemahaman terhadap substansi pengaturan yang akan diberlakukan sehingga fasilitas pelayanan kesehatan dapat mempersiapkan implementasi pelayanan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan. Selain itu, pembinaan ini juga menjadi sarana untuk menyelaraskan pelaksanaan terapi berbasis sel dan/atau sel punca dengan arah kebijakan ke depan serta mengidentifikasi kebutuhan penyesuaian dalam implementasinya di fasilitas pelayanan kesehatan.

5. Pencapaian Kinerja

Indikator	Target 2026	Realisasi SMT I 2026
Persen populasi yang menggunakan farmakogenomik	60%	48,20%

6. Analisa Capaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator pada tahun 2026 adalah sebesar 60%, adapun pencapaian target kinerja pada Semester I tahun 2026 adalah 48,20% yaitu jumlah individu dengan data farmakogenomiknya tersedia di SatuDNA sebanyak 9.629 analisis farmakogenomik dihasilkan dari 19.968 data yang telah selesai dilakukan analisis sekunder.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Saat ini capaian indikator pada semester I TA 2025 jika membandingkan realisasi dengan target tahunan sebesar 80,33%.

Indikator	2026		
	Target	Realisasi Kinerja	Capaian SMT I TA 2026
Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik	60%	48,20%	80,33%

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Pada tahun 2025, target indikator belum berhasil tercapai dengan tingkat realisasi sebesar 50 persen dengan capaian sebesar 83 persen. Dengan target capaian indikator yang sama besar, progres pada Triwulan II tahun 2026 masih berada di bawah angka tahun 2025, yaitu realisasi 48,20 persen dan capaian 80,33 persen.

Indikator	2025			2026		
	Target	Realisasi Kinerja	Capaian TA 2025	Target	Realisasi Kinerja	Capaian SMT I TA 2026
Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik	60%	50%	83%	60%	48,20%	80,33%

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Pada periode semester I tahun 2026 indikator “Persen populasi yang menggunakan farmakogenomik” telah memperoleh realisasi sebanyak 48,2% sehingga diperoleh capaian sebesar 80,33%. Untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu terus diakselerasi untuk memastikan indikator tahunan dan jangka menengah dapat tercapai sesuai target yang telah ditetapkan

Indikator	Target					Realisasi SMT I TA 2026 Capaian	Capaian Kinerja SMT I TA 2026 Target
	2025	2026	2027	2028	2029		
Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik	60%	60%	80%	80%	80%	48,20%	80,33%

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Indikator “Persen populasi yang menggunakan farmakogenomik” merupakan indikator baru pada tahun 2025-2029. Tidak tersedia standar nasional untuk indikator tersebut sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan terhadap realisasi kinerja tahun ini.

11. Permasalahan

Tren penurunan persentase laporan farmakogenomik pada semester I tahun 2026 disebabkan masalah teknis pada *tools* untuk analisis tersier.

12. Upaya Pemecahan Masalah

Pada tahun 2025 indikator Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik belum berhasil mencapai target yang ditentukan maka dari itu telah disusun beberapa strategi untuk mendorong pencapaian kinerja pada periode 2026, antara lain.

- Melaksanakan penyusunan NSPK sebagai acuan penyelenggaraan pelayanan kedokteran presisi.
- Mendorong replikasi implementasi pelayanan kedokteran presisi oleh rumah sakit.
- Koordinasi dan kolaborasi lintas program

Strategi di atas telah ditindaklanjuti melalui berbagai kegiatan salah satunya adalah diskusi hilirisasi program BGSi dalam bentuk layanan dan program pada tanggal 4 Februari 2026. Pertemuan ini bertujuan untuk mengidentifikasi progres pelaksanaan program BGSi di masing-masing RS yang ditetapkan sebagai Koordinator Hub BGSi serta membahas konsep tindak lanjut pelaksanaan program untuk menjadi layanan dan/atau integrasi dalam program atau standar pelayanan nasional. Peserta rapat meliputi lintas program di Kemenkes yaitu Tenaga Ahli Menteri bidang Inovasi Teknologi Kesehatan dan Kedokteran Presisi, BB Binomika serta RS Kemenkes yang telah ditunjuk sebagai koordinator Hub BGSi.

Selain itu untuk menyelesaikan isu baru yang ditemukan pada tahun 2026 upaya yang sedang dikerjakan adalah melakukan perbaikan segera dan pemeliharaan berkala *tools* analisis tersier.

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, monitoring evaluasi serta implementasi penyelenggaraan layanan. Hal yang mempengaruhi pencapaian target indikator yang masih rendah adalah pembiayaan kegiatan serta tingkat kepatuhan kelengkapan data.

14. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan dengan memanfaatkan teknologi informasi dalam proses administrasi, komunikasi, dan koordinasi, seperti penyampaian

surat, konfirmasi serta koordinasi dengan rumah sakit secara digital. Pendekatan ini mempercepat proses administrasi, mengurangi penggunaan dokumen fisik, dan meningkatkan efektivitas koordinasi.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Sampai dengan Semester I Tahun 2026 masih sebagian program pendukung telah terlaksana sesuai rencana. Kegiatan yang dilakukan diantaranya berupa koordinasi daring melibatkan RS koordinator hubs, jejaring dan lintas sektor terkait. Disamping itu proses penyusunan pedoman teknis yang memuat substansi penyampaian laporan hasil pemeriksaan genetika juga dalam proses.

IKK 32.3.1 Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP

1. Definisi Operasional

Jumlah peneliti di CRU RS yang telah mendapatkan sertifikat GCP

2. Cara Perhitungan

Jumlah peneliti di CRU RS yang telah mendapatkan sertifikat GCP

3. Rencana Aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan merupakan salah satu direktorat di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan lingkup kegiatan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan berteknologi tinggi. Sesuai amanah Undang-Undang Kesehatan 17 tahun 2023 dan turunannya Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan mengamanatkan pemanfaatan teknologi biomedis, salah satu bagian dari teknologi kesehatan.

Dalam rangka mewujudkan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, rumah sakit selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan, juga dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. Dalam menyelenggarakan fungsi penelitian ini, rumah sakit dapat membentuk unit penelitian klinis (*clinical research unit*). *Clinical Research Unit* (CRU) merupakan unit memfasilitasi penyelenggaraan penelitian klinik di rumah sakit dengan bentuk organisasi berupa unit, instalasi, tim kerja atau bentuk lain sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan yang berlaku di rumah sakit. Penelitian klinik di rumah sakit menuntut penerapan standar etika dan mutu yang tinggi, sehingga diperlukan peneliti yang memiliki kompetensi dan pemahaman yang memadai terhadap prinsip-prinsip GCP. Dalam rangka meningkatkan mutu dan kepatuhan penyelenggaraan penelitian klinik di rumah sakit, peningkatan jumlah peneliti CRU yang tersertifikasi GCP menjadi salah satu indikator yang harus dicapai.

Sertifikasi GCP merupakan standar internasional yang menjamin bahwa penelitian klinik dilaksanakan secara etis, ilmiah, serta melindungi keselamatan dan hak subjek penelitian. Sebagai upaya pencapaian indikator tersebut, dilakukan fasilitasi pelatihan dan sertifikasi GCP bagi peneliti di rumah sakit.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka mendukung pencapaian target dilakukan melalui penyelenggaraan pelatihan dan sertifikasi GCP bagi peneliti rumah sakit. Kegiatan pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi peneliti dalam memahami dan menerapkan prinsip-prinsip GCP secara konsisten pada setiap tahapan penelitian klinik, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga pelaporan hasil penelitian. Pelatihan dan sertifikasi GCP difasilitasi oleh Indonesia Clinical Research Center (INA-CRC), Balai Besar Biomedis dan Genomika, dengan mempertimbangkan kebutuhan dan prioritas masing-masing rumah sakit. Selain peningkatan kapasitas individu peneliti, kegiatan ini juga diharapkan dapat memperkuat tata kelola penelitian klinik di rumah sakit, meningkatkan kepercayaan pemangku kepentingan, serta mendukung kesiapan rumah sakit dalam berpartisipasi pada penelitian klinik nasional maupun internasional

5. Pencapaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP di tahun 2026 adalah 200 peneliti. Per semester I tahun 2026 terdapat 200 peneliti di CRU rumah sakit yang telah memiliki sertifikat GCP.

Berdasarkan realisasi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja periode semester I tahun 2026 untuk Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP adalah 100%.

Indikator	2026	
	Target	Realisasi
Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	200	200

6. Analisa Capaian Kinerja

Kegiatan sertifikasi GCP bagi peneliti CRU di RS dilaksanakan melalui prosedur tatap muka (luring) dengan harapan dapat lebih efektif memberikan pemahaman dan membangun diskusi aktif sesuai dengan kondisi di masing-masing rumah sakit. Adapun sebaran peneliti yang sudah memiliki sertifikasi GCP pada tahun 2026 terdiri dari Rumah Sakit Universitas, RSUD, RS Swasta dan seluruh RS Vertikal. Pada tahun 2025, jumlah Peneliti CRU di rumah sakit yang berhasil memperoleh sertifikasi GCP mencapai 146 dari target 100 peneliti. Capaian tersebut melampaui target karena adanya tambahan alokasi pendanaan dari Global Fund yang mendukung penyelenggaraan pelatihan tambahan,

sehingga memungkinkan percepatan pencapaian target indikator tahun 2026 yang bersifat kumulatif. Selama periode Januari–Juni 2026 telah diselenggarakan 1 (satu) kali Workshop GCP dengan jumlah peserta yang telah tersertifikasi sebanyak 54 peneliti. Dengan demikian, secara kumulatif jumlah Peneliti CRU di rumah sakit yang telah memiliki sertifikasi GCP hingga Juni 2026 mencapai 200 peneliti.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Target capaian kinerja indikator Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP di tahun 2026 adalah sebanyak 200 peneliti. Pada periode semester I tahun 2026 indikator ini telah memperoleh realisasi sebanyak 200 peneliti yang memiliki sertifikasi GCP yaitu tercapai 100% dari target.

Indikator	2026		
	Target	Realisasi	Capaian
Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	200	200	100%

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Pada tahun 2025, target indikator telah tercapai melampaui target dengan tingkat realisasi sebesar 146 orang dari target 100 orang sehingga diperoleh capaian sebesar 146 persen. Progres pada semester 2 tahun 2026 adalah realisasi 200 orang sehingga capaian indikator sebesar 100 persen.

Indikator	2025			2026		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	100	146	146%	200	200	100%

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Pada periode semester I tahun 2026 indikator “Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP” telah memperoleh realisasi sebanyak 200 peneliti sehingga diperoleh capaian sebesar 100%. Namun demikian upaya untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu terus diakselerasi untuk memastikan indikator jangka menengah dapat tercapai sesuai target yang telah ditetapkan.

Indikator	2026		2029
	Realisasi	Target	Target
Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	200	200	500

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum terdapat data pembandingan secara nasional terkait “Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP” sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

11. Permasalahan

- a. Keterbatasan kuota peserta workshop yang dibatasi oleh fasilitator yakni hanya 54 orang per kegiatan membuat pelaksanaan workshop GCP yang dilakukan secara luring ini memerlukan waktu dalam penyelesaian targetnya.
- b. Belum terintegrasinya Database Nasional terkait pencatatan real time jumlah peneliti CRU tersertifikasi GCP yang berada di rumah sakit dalam hal ini khususnya rumah sakit vertikal sehingga menyulitkan proses pemantauan dan validasi capaian indikator
- c. Keterbatasan anggaran serta perbedaan prioritas pengembangan penelitian klinik di rumah sakit menyebabkan pelaksanaan pelatihan dan sertifikasi GCP belum dapat menjangkau seluruh peneliti yang membutuhkan.

12. Upaya Pemecahan Masalah

- a. Mendorong kebijakan internal rumah sakit untuk mewajibkan pelatihan GCP bagi peneliti CRU yang dimiliki sehingga dapat meningkatkan jumlah peneliti yang tersertifikasi GCP.
- b. Meningkatkan upaya penguatan sistem informasi dimana terciptanya sistem pelaporan terintegrasi berbasis elektronik untuk memudahkan pemantauan capaian indikator secara nasional.
- c. Melakukan koordinasi lintas program, lintas sektor dalam penyiapan NSPK serta fasilitasi dalam pencapaian indikator yang diampu Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan.

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Adapun beberapa faktor keberhasilan kinerja pelaksanaan kegiatan ini, diantaranya:

- a. Pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan pelatihan/training GCP untuk peneliti yang telah dilaksanakan melalui penganggaran BB Binomika
- b. Adanya Komitmen Kementerian Kesehatan dan para peneliti CRU sehingga tercipta partisipasi aktif dalam mengikuti workshop GCP sehingga mampu meningkatkan jumlah peneliti yang tersertifikasi GCP
- c. Pelaksanaan kegiatan Workshop GCP yang terjadwal selama setahun dengan jumlah target peserta yang sudah ditetapkan secara jelas mempermudah pelaksanaan implementasi kegiatan ini berjalan dengan baik.

- d. Pemilihan metode kegiatan workshop yang dilaksanakan secara luring atau tatap muka memberikan dampak pembelajaran yang lebih optimal dengan terciptanya diskusi secara aktif untuk mengetahui kebutuhan dan kondisi di masing-masing rumah sakit.
- e. Pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan pelatihan/training GCP untuk peneliti yang telah dilaksanakan melalui penganggaran BB Binomika.

14. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan dengan memanfaatkan teknologi informasi dalam proses administrasi, komunikasi, dan koordinasi penyelenggaraan pelatihan GCP, seperti penyampaian surat, konfirmasi peserta, serta koordinasi dengan rumah sakit secara digital. Pendekatan ini mempercepat proses administrasi, mengurangi penggunaan dokumen fisik, dan meningkatkan efektivitas koordinasi. Sementara itu, pelaksanaan pelatihan GCP tetap diselenggarakan secara tatap muka (luring) untuk memastikan penyampaian materi berlangsung optimal, mendorong diskusi interaktif, serta meningkatkan pemahaman peserta.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Sampai dengan Semester I Tahun 2026 sebagian besar program pendukung telah terlaksana sesuai rencana, antara lain workshop, pendampingan teknis rumah sakit, koordinasi lintas sektor, serta penyusunan revisi regulasi. Pelaksanaan program tersebut memberikan kontribusi terhadap jumlah Peneliti CRU di rumah sakit yang memiliki sertifikasi GCP sebagai upaya penguatan kapasitas sumber daya manusia dalam penyelenggaraan penelitian klinik.

IKK.32.2.1. Pertumbuhan Rumah Sakit yang sudah memiliki CRU sesuai standar

1. Definisi Operasional

Pertumbuhan RS Pemerintah yang memiliki CRU sesuai dengan standar

2. Cara Perhitungan

Pertumbuhan Jumlah RS pemerintah yang memiliki CRU sesuai dengan standar

3. Rencana Aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan merupakan salah satu direktorat di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan lingkup kegiatan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan berteknologi tinggi. Sesuai amanah Undang-Undang Kesehatan 17 tahun 2023 dan turunannya Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang

Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan mengamanatkan pemanfaatan teknologi biomedis, salah satu bagian dari teknologi kesehatan.

Dalam rangka mewujudkan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, rumah sakit selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan, juga dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. Dalam menyelenggarakan fungsi penelitian ini, rumah sakit dapat membentuk unit penelitian klinis (*clinical research unit*). *Clinical Research Unit* (CRU) merupakan unit memfasilitasi penyelenggaraan penelitian klinik di rumah sakit dengan bentuk organisasi berupa unit, instalasi, tim kerja atau bentuk lain sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan yang berlaku di rumah sakit. Berdasarkan Kepmenkes Nomor 1458 Tahun 2023 tentang Penelitian Klinik di Rumah Sakit, CRU memiliki tugas mengelola penelitian klinik di rumah sakit dengan memenuhi standar dari sisi struktur organisasi, Sumber Daya Manusia (SDM), fasilitas, perencanaan dan anggaran, kepatuhan terhadap prinsip, koordinasi dan kerjasama, serta monitoring dan evaluasi. Pertumbuhan RS Pemerintah yang memiliki CRU sesuai dengan standar menjadi salah satu Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Kementerian Kesehatan dalam Renstra 2025-2029.

Adapun kegiatan yang mendukung ketercapaian indikator tersebut diselenggarakan oleh Direktorat PPKR melibatkan Indonesia Clinical Research Center (INA-CRC) di Balai Besar Biomedis dan Genomika serta CRU rumah sakit. Kegiatan yang diselenggarakan mulai dari penyusunan NSPK, kegiatan pendampingan teknis rumah sakit penyelenggara penelitian klinik yang terdiri dari koordinasi, workshop dan bimbingan teknis.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Saat ini, kegiatan yang dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian target adalah melakukan pendampingan teknis rumah sakit penyelenggara penelitian klinik yang terdiri dari koordinasi, workshop dan bimbingan teknis. Salah satu fungsi rumah sakit adalah menyelenggarakan penelitian unggulan dan translasional serta dapat melaksanakan pelayanan berbasis penelitian melalui inovasi penelitian yang dikembangkan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan. Dalam menyelenggarakan fungsi penelitian, rumah sakit membentuk CRU yang berperan mengelola penyelenggaraan penelitian klinis termasuk uji klinis. Dalam rangka meningkatkan peran aktif rumah sakit dalam melakukan kolaborasi penelitian klinik dan pengembangan yang dilakukan industri dengan meningkatkan potensi dan kapasitas dalam menyelenggarakan penelitian klinik, dilakukan pendampingan teknis penyelenggaraan penelitian di RS meliputi koordinasi, workshop dan bimbingan teknis.

5. Pencapaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar adalah 63 RS. Per semester I tahun 2026 terdapat 47 RS yang telah memiliki CRU sesuai standar.

No	Indikator	Target 2026	Capaian Indikator Smt I TA 2026
1	Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar	63	47

6. Analisa Capaian Kinerja

Capaian indikator kinerja pada Semester I Tahun 2026 mencapai 47 RS dari target tahunan sebesar 63 RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Target capaian kinerja indikator Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar di tahun 2026 adalah sebanyak 63 RS. Pada periode semester I tahun 2026 indikator ini telah memperoleh realisasi sebanyak 47 RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar Berdasarkan realisasi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja periode semester I tahun 2026 untuk RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar adalah 74,6%.

Indikator	2026		
	Target	Realisasi Kinerja	Capaian SMT I TA 2026
Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar	63	47	74,6

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Pada tahun 2025, target indikator telah tercapai sesuai target dengan tingkat realisasi sebesar 43 CRU RS dan capaian sebesar 100 persen. Progres pada Semester 1 tahun 2026 masih berada di bawah angka tahun 2025, yaitu realisasi 47 CRU RS dan capaian 74,6 persen.

Indikator	2025			2026		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar	43	43	100%	63	47	74,6%

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Pada periode semester I tahun 2026 indikator Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar telah memperoleh realisasi sebanyak 47 sehingga diperoleh capaian

sebesar 74,6%. Namun demikian upaya untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu terus diakselerasi untuk memastikan indikator tahunan dan jangka menengah dapat tercapai sesuai target yang telah ditetapkan.

Indikator	Target					Realisasi Semester I	Capaian Semester I
	2025	2026	2027	2028	2029		
Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar	43	63	105	193	386	47	74,6%

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum terdapat data pembandingan secara nasional terkait Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar. Tidak tersedia standar nasional untuk indikator tersebut sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan terhadap realisasi kinerja tahun ini.

11. Permasalahan

- Acuan regulasi standar yang tertera dalam Kepmenkes nomor 1458 tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Penelitian Klinik dalam proses revisi menyesuaikan dengan Permenkes Rumah Sakit dan turunan RKMK Pedoman Teknis Penyelenggaraan RS yang sedang berproses
- Keterbatasan anggaran serta perbedaan prioritas pengembangan penelitian klinik di rumah sakit berpotensi menghambat percepatan pertumbuhan CRU sesuai standar.

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Pengembangan instrumen penilaian CRU sesuai standar berdasarkan revisi Kepmenkes No. 1458 tahun 2023.
- Melakukan koordinasi lintas program, lintas sektor dalam penyiapan NSPK serta fasilitasi untuk pencapaian indikator yang diampu Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan
- Melaksanakan advokasi dan pembinaan teknis bagi manajemen RS untuk memitigasi risiko rendahnya komitmen, serta keterbatasan sumber daya di CRU.

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Dalam hal pencapaian kinerja, berikut kegiatan yang sudah dilakukan dalam menunjang pencapaian indikator kinerja Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar:

- Melaksanakan kegiatan Pendampingan Teknis RS Penyelenggara Penelitian Klinik, meliputi koordinasi serta bimbingan teknis.
- Koordinasi dan kolaborasi yang baik antar direktorat, unit pelaksana teknis yaitu Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan.

14. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan dengan memanfaatkan teknologi informasi dalam proses administrasi, komunikasi, dan koordinasi Pendampingan Teknis RS Penyelenggara Penelitian Klinik, seperti penyampaian surat, konfirmasi serta koordinasi dengan rumah sakit secara digital. Pendekatan ini mempercepat proses administrasi, mengurangi penggunaan dokumen fisik, dan meningkatkan efektivitas koordinasi.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Sampai dengan Semester I Tahun 2026 sebagian besar program pendukung telah terlaksana sesuai rencana, antara lain pendampingan teknis rumah sakit, koordinasi lintas sektor, serta penyusunan revisi regulasi. Pelaksanaan program tersebut memberikan kontribusi terhadap Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai Standar.

IKK 16.3.1. Jumlah Fasyankes Yang Menyelenggarakan Pelayanan Telemedicine

1. Definisi Operasional

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Klinik Pratama, Klinik Utama, Puskesmas) yang aktif melakukan pelayanan telemedisin

2. Cara Perhitungan

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Klinik Pratama, Klinik Utama, Puskesmas) yang aktif menyelenggarakan pelayanan telemedisin setiap tahun

3. Rencana Aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Sesuai amanah Undang-Undang Kesehatan 17 tahun 2023 dan turunannya PP 28 tahun 2024 serta perubahan struktur organisasi di lingkungan kementerian kesehatan sesuai Permenkes 21 tahun 2024. Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan merupakan direktorat baru yang ada di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan. Dalam rangka pencapaian target indikator yang sudah direncanakan melalui draft rencana aksi, direktorat pengembangan pelayanan Kesehatan rujukan memerlukan salah satu upaya terobosan yang dilakukan seperti melalui pemanfaatan berbagai data kesehatan termasuk data fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin. Dalam mendukung pengembangan telemedisin, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melakukan pemanfaatan data kesehatan secara lebih optimal, termasuk data fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan layanan telemedisin. Pemanfaatan data tersebut digunakan sebagai dasar dalam penyusunan kebijakan, pemetaan kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan, monitoring implementasi layanan, serta evaluasi capaian program untuk mendukung peningkatan akses, mutu, dan kesinambungan pelayanan kesehatan rujukan.

Selain itu, telah dilakukan berbagai forum koordinasi, harmonisasi, dan pembahasan bersama unit teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan serta pemangku kepentingan

terkait dalam rangka penyusunan regulasi, pedoman, dan penguatan implementasi telemedisin. Melalui pelaksanaan kegiatan pada Semester I Tahun 2026 tersebut, diharapkan target indikator kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dapat tercapai secara bertahap sesuai dengan rencana aksi yang telah ditetapkan.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Pada Semester I Tahun 2026, setelah anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dapat digunakan, berbagai kegiatan telah dilaksanakan untuk mendukung pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan. Upaya yang dilakukan meliputi koordinasi dan sinkronisasi dengan lintas program di lingkungan Kementerian Kesehatan, koordinasi dengan lintas sektor, organisasi profesi, akademisi, serta fasilitas pelayanan kesehatan sebagai mitra dalam pengembangan pelayanan kesehatan rujukan.

Selain itu, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan rapat koordinasi, pembahasan teknis, penyusunan regulasi dan pedoman, serta kegiatan pemantauan dan evaluasi baik secara daring maupun luring sesuai kebutuhan. Khusus dalam pengembangan telemedisin, telah dilakukan koordinasi intensif dengan unit terkait, termasuk Pusat Data dan Informasi (Pusdatin), Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), serta direktorat teknis lainnya, dalam rangka penyusunan kebijakan, pengembangan tata kelola, pemanfaatan data, dan penguatan implementasi layanan telemedisin di fasilitas pelayanan kesehatan.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai dengan Semester I Tahun 2026 adalah sebanyak 425 fasilitas pelayanan kesehatan. Dibandingkan dengan capaian Tahun 2025 yang telah mencapai target sebanyak 400 fasilitas pelayanan kesehatan, realisasi pada Semester I Tahun 2026 telah mencapai 94,4 persen dari target tahunan sebesar 450 fasilitas pelayanan kesehatan. Capaian tersebut menunjukkan tren peningkatan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin dan memberikan optimisme bahwa target Tahun 2026 dapat tercapai pada akhir tahun melalui pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan.

No	Indikator	Target 2026	Realisasi	Capaian
1	Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	450	425	94,44 %

6. Analisa Capaian Kinerja

Sampai dengan Semester I Tahun 2026, jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin terus menunjukkan peningkatan. Berdasarkan

hasil pemantauan Semester I Tahun 2026, sebanyak 425 fasilitas pelayanan kesehatan telah menyelenggarakan pelayanan telemedisin atau mencapai 94,44 % dari target tahunan sebanyak 450 fasilitas pelayanan kesehatan. Dibandingkan dengan capaian akhir Tahun 2025 yang berjumlah 400 fasilitas pelayanan kesehatan, terdapat penambahan sebanyak 25 fasilitas pelayanan kesehatan pada Semester I Tahun 2026. Capaian tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan program berjalan sesuai dengan rencana aksi yang telah ditetapkan.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Capaian *indikator* pada semester I TA 2026 jika dibandingkan dengan target tahunan adalah 94,44%.

Indikator kinerja:	2026	
	Target	Realisasi
Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	450	94,44 %

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Pada Tahun 2025, target indikator Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin telah tercapai dengan realisasi sebanyak 400 fasilitas pelayanan kesehatan atau mencapai 100 persen dari target yang ditetapkan. Pada Semester I Tahun 2026, realisasi indikator telah mencapai 425 fasilitas pelayanan kesehatan atau sebesar 94,44 persen dari target tahunan. Capaian tersebut menunjukkan bahwa implementasi telemedisin di fasilitas pelayanan kesehatan terus berjalan dengan baik dan telah mendekati target tahunan, sehingga diharapkan target Tahun 2026 dapat tercapai pada akhir tahun melalui pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan.

Indikator	2025		2026	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	400	400	450	425

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Pada periode Semester I Tahun 2026, indikator Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan layanan telemedisin telah memperoleh realisasi sebanyak 425 fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga diperoleh capaian sebesar 94,44 persen. Namun demikian, upaya untuk mendukung keberhasilan pelaksanaan program dan pencapaian target Renstra Kementerian Kesehatan perlu terus dioptimalkan guna memastikan target

jangka menengah sebagaimana ditetapkan dalam RPJMN Bidang Kesehatan Tahun 2025–2029 dapat tercapai.

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	450	425	600

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Terdapat kenaikan realisasi kinerja terhadap standar nasional pada semester I tahun 2026 yang ditargetkan sebesar 50%

11. Permasalahan

- Sumber daya di Kab/Kota tidak sepenuhnya dapat dioptimalkan mengingat ada 3 komponen utama dalam penyelenggaraan pelayanan telemedisin, mulai dari perangkat keras, pemanfaatan aplikasi dan pengguna baik fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) maupun dokter penanggung jawab pelayanan yang terlibat,
- Pembiayaan kegiatan telemedisin terlaksanan hanya pada lokus yang disekepakati dengan BPJS Kesehatan dan dana APBD Kab/Kota yang mampu membiayai kegiatan tersebut.

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Melakukan koordinasi lintas program, lintas sektor dengan melibatkan narasumber dari organisasi profesi dan rumah sakit dalam pencapaian indikator yang diampu direktorat pengembangan pelayanan Kesehatan rujukan agar pemanfaatan layanan telemedisin melalui aplikasi Konsultasi Medis Online (KOMEN) lebih optimal.
- Mendorong Pemerintah Kabupaten/Kota untuk menyediakan seluruh sumber daya dalam pelayanan telemedisin agar dapat bermanfaat bagi pasien terutama yang aksesnya jauh dari pusat fasyankes maupun minimnya sumberdaya manusia Kesehatan yang dibutuhkan di wilayah tersebut

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Dalam rangka menunjang pencapaian indikator kinerja Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin, telah dilaksanakan beberapa kegiatan sebagai berikut:

- Melaksanakan koordinasi, pembahasan teknis, dan harmonisasi dengan lintas program, lintas sektor, serta pemangku kepentingan terkait dalam rangka penyusunan kebijakan, pedoman, dan penguatan tata kelola penyelenggaraan telemedisin.
- Melaksanakan koordinasi dan kolaborasi dengan unit terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan, termasuk Pusat Data dan Informasi (Pusdatin), Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), serta direktorat teknis lainnya dalam

mendukung pengembangan, implementasi, dan pemanfaatan data penyelenggaraan telemedisin di fasilitas pelayanan kesehatan.

- c. Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan layanan telemedisin pada fasilitas pelayanan kesehatan sebagai dasar dalam pengambilan kebijakan serta peningkatan kualitas implementasi telemedisin.

14. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan melalui pemanfaatan teknologi informasi dalam pelaksanaan koordinasi, komunikasi, dan penyelenggaraan kegiatan pengembangan telemedisin. Koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, pemerintah daerah, serta fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan secara daring melalui rapat virtual, komunikasi digital, dan pertukaran dokumen elektronik. Pendekatan ini mempercepat proses koordinasi, mengurangi penggunaan dokumen fisik dan biaya perjalanan dinas, serta meningkatkan efektivitas pelaksanaan kegiatan dalam mendukung pencapaian indikator jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Sampai dengan Semester I Tahun 2026, sebagian besar program pendukung telah terlaksana sesuai rencana, antara lain penyusunan regulasi, koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, serta pemangku kepentingan terkait, pemanfaatan data fasilitas pelayanan kesehatan, dan pelaksanaan pendampingan dan bimbingan teknis penyelenggaraan telemedisin. Pelaksanaan program tersebut memberikan kontribusi terhadap peningkatan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin.

IKK 16.3.6 Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis

1. Definisi Operasional

Jumlah RS yang mendapatkan penetapan sebagai RS penyelenggara wisata medis oleh Menteri Kesehatan

2. Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif Surat Ketetapan RS penyelenggara wisata medis yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang berlaku

3. Rencana Aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Dalam rangka mencapai target indikator jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan menyusun rencana aksi yang mengacu pada amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, serta arah kebijakan transformasi kesehatan. Rencana aksi difokuskan pada penguatan regulasi,

peningkatan jumlah rumah sakit yang memenuhi kriteria, pembinaan berkelanjutan, penguatan kolaborasi lintas sektor, serta pengembangan sistem informasi dan promosi wisata medis.

Salah satu prioritas utama adalah melakukan harmonisasi regulasi melalui revisi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2015 tentang Pelayanan Wisata Medis. Revisi ini bertujuan untuk menyesuaikan substansi pengaturan dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, sekaligus memperbarui kriteria penetapan rumah sakit penyelenggara wisata medis. Dengan demikian, rumah sakit yang ditetapkan diharapkan mampu menyediakan pelayanan kesehatan unggulan, memiliki nilai tambah dan daya saing, serta mampu menarik pasien baik dari dalam negeri maupun mancanegara.

Kolaborasi lintas sektor sangat penting dilakukan dalam menggerakkan ekosistem wisata medis. Rapat koordinasi dengan lintas kementerian/lembaga, pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota, asosiasi dan rumah sakit diperlukan dalam pembahasan penyusunan regulasi di masing masing Kementerian maupun rencana aksi masing masing institusi. Hal ini memastikan seluruh institusi bergerak dengan visi dan arah yang sama meskipun bidang yang diampu berbeda-beda. Kerjasama lintas sektor juga dapat dilaksanakan dalam pembinaan RS seperti inkubasi rumah sakit yang memiliki potensi untuk menjadi RS wisata medis ataupun peningkatan kinerja rumah sakit yang telah ditetapkan sebagai RS wisata medis. Selain itu, Kerjasama lintas sektor dapat digerakkan untuk meningkatkan promosi pelayanan, penyebaran informasi sekaligus pengembangan *branding* yang baik di masyarakat Indonesia maupun Internasional.

Penetapan RS sebagai penyelenggara wisata medis dilakukan melalui tahapan verifikasi dokumen dan verifikasi lapangan pemenuhan persyaratan administratif dan teknis. Hal ini perlu dilakukan untuk memastikan RS tersebut dapat benar-benar memberikan pengalaman wisata medis yang memuaskan. Pemantauan dan pendampingan perlu dilakukan untuk menjaga kualitas pelayanan. Pengembangan digitalisasi pelaporan dapat dilakukan untuk memberikan kemudahan dalam melakukan evaluasi pemantuan secara efisien. Digitalisasi informasi ini dapat dimanfaatkan juga dalam penyediaan platform informasi untuk peningkatan akses dan promosi rumah sakit dan fasilitas lain pendukung wisata medis di Indonesia.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Untuk pencapaian target indikator, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan beberapa upaya, yaitu:

- a. melakukan sosialisasi dan advokasi kepada rumah sakit potensial;
- b. melaksanakan proses verifikasi administrasi dan teknis calon rumah sakit penyelenggara wisata medis;

- c. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap rumah sakit;
- d. menyusun revisi Permenkes Nomor 76 Tahun 2015;
- e. memperkuat koordinasi dengan kementerian/lembaga serta pemerintah daerah;
- f. mendorong pengembangan sistem informasi penyelenggara wisata medis..

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai semester I tahun 2026 **adalah 42 RS**

No	Indikator	Target 2026	Capaian Indikator Semester I TA 2026
1	Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	42 RS (kumulatif)	42 RS

6. Analisa Capaian Kinerja

Sampai dengan Semester I Tahun 2026, indikator Jumlah Rumah Sakit yang Siap dan Mendukung Pelayanan Wisata Medis telah mencapai 42 rumah sakit atau 100% dari target tahun 2026. Capaian tersebut didukung oleh percepatan proses penetapan rumah sakit melalui verifikasi administrasi dan teknis, meningkatnya komitmen rumah sakit dalam memenuhi persyaratan penyelenggaraan wisata medis, serta koordinasi yang lebih intensif dengan berbagai pemangku kepentingan. Pada Semester I Tahun 2026 telah diterbitkan dua surat keputusan penetapan rumah sakit penyelenggara wisata medis sehingga jumlah kumulatif meningkat menjadi 42 rumah sakit..

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Capaian indikator jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis pada Semester I Tahun 2026 menunjukkan capaian yang optimal. Dari target sebanyak 42 rumah sakit, seluruhnya telah berhasil dicapai sehingga tingkat pencapaian indikator mencapai 100%. Dengan tercapainya target tersebut, diharapkan kapasitas rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien domestik maupun internasional semakin meningkat serta mampu mendukung penguatan daya saing Indonesia sebagai destinasi wisata medis.

No	Indikator	Target 2026	Capaian Indikator Semester I TA 2026
1	Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	42(kumulatif)	42 RS

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Perbandingan realisasi indikator jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis menunjukkan adanya tren peningkatan dari tahun sebelumnya. Pada Triwulan I Tahun 2025, realisasi kumulatif tercatat sebanyak 29 rumah sakit. Selanjutnya, pada Triwulan II Tahun 2025 meningkat menjadi 40 rumah sakit secara kumulatif. Hingga Triwulan II Tahun 2026, realisasi kembali meningkat menjadi 42 rumah sakit secara kumulatif. Peningkatan tersebut menunjukkan adanya keberlanjutan upaya penguatan kesiapan rumah sakit dalam mendukung penyelenggaraan wisata medis. Capaian ini juga mencerminkan perkembangan positif dalam memperluas kapasitas rumah sakit yang siap memberikan pelayanan wisata medis yang berkualitas dan berdaya saing.

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah menunjukkan bahwa hingga Semester I Tahun 2026 indikator jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis telah mencapai 42 rumah sakit atau 100% dari target jangka menengah yang ditetapkan. Capaian tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan program berjalan sesuai dengan arah kebijakan dan strategi pengembangan wisata medis nasional. Meskipun target jangka menengah telah tercapai, upaya peningkatan kualitas penyelenggaraan wisata medis tetap perlu dilanjutkan. Fokus pengembangan ke depan diarahkan pada penguatan mutu pelayanan, peningkatan daya saing rumah sakit, pengembangan jejaring dan promosi internasional, serta optimalisasi sistem pemantauan dan evaluasi guna memastikan keberlanjutan kualitas layanan wisata medis di Indonesia.

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	42	42	45

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum bisa dibandingkan capaian realisasi kinerja dengan Standar Nasional karena indikator “Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis” tidak berkaitan dengan penyelenggaraan standar pelayanan tetapi jumlah surat ketetapan berdasarkan pemenuhan persyaratan.

11. Permasalahan

- Pedoman atau kebijakan yang mendukung program dalam pencapaian indikator di Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan terutama terkait wisata medis ditetapkan jauh sebelum terbitnya UU 17 tahun 2023 dan PP 28 tahun 2024. Adanya perubahan regulasi acuan ini belum diikuti penyesuaian peraturan terkait

penyelenggaraan wisata medis yang masih mengacu pada Permenkes Nomor 76 Tahun 2015 tentang Pelayanan Wisata Medis.

- b. Belum tersedia sistem informasi untuk penetapan serta pencatatan dan pelaporan RS penyelenggara pelayanan wisata medis sehingga masih dilaksanakan secara manual.
- c. Belum terbentuknya ekosistem wisata medis yang berkelanjutan antara rumah sakit, Kementerian/Lembaga terkait, dan pemangku kepentingan lainnya sehingga benefit RS yang ditetapkan sebagai penyelenggara wisata medis masih belum optimal.
- d. Belum terdapat pedoman pembinaan, monitoring, dan evaluasi yang terstruktur terhadap rumah sakit yang telah ditetapkan sebagai penyelenggara wisata medis sehingga kualitas penyelenggaraan dan keberlanjutan program belum dapat dipantau secara optimal.

12. Upaya Pemecahan Masalah

- a. Melakukan reviu dan pembaruan regulasi penyelenggaraan wisata medis yang mengakomodasi perkembangan pelayanan kesehatan, digitalisasi, kemudahan akses pasien internasional, serta kolaborasi lintas sektor.
- b. Berkoordinasi dengan tim kerja Info humas Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan Pusdatin terkait pengembangan sistem informasi RS penyelenggara wisata medis.
- c. Membentuk forum atau jejaring koordinasi nasional wisata medis sebagai wadah koordinasi dan tindak lanjut dari PKS Kemenkes-Kemenpar.
- d. Menyusun pedoman monitoring dan evaluasi terhadap rumah sakit penyelenggara wisata medis melalui indikator mutu, pelaporan digital, dan pembinaan berkelanjutan.

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Keberhasilan pencapaian indikator dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- a. meningkatnya komitmen rumah sakit untuk mengembangkan layanan unggulan;
- b. dukungan kebijakan nasional dalam pengembangan wisata medis;
- c. koordinasi yang baik antara Kementerian Kesehatan dengan kementerian/lembaga terkait;
- d. terselenggaranya proses verifikasi administrasi dan teknis secara efektif;
- e. meningkatnya minat rumah sakit untuk memperoleh penetapan sebagai penyelenggara wisata medis

Adapun faktor yang masih menjadi tantangan meliputi keterbatasan anggaran, belum optimalnya sistem informasi, serta belum terbentuknya ekosistem wisata medis nasional yang terintegrasi.

14. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya juga dilakukan melalui pemanfaatan teknologi informasi dalam proses komunikasi, koordinasi, dan pengumpulan data sehingga kebutuhan pertemuan tatap muka dapat dioptimalkan. Selain itu, pelaksanaan pembinaan

dan pendampingan diintegrasikan dengan kegiatan lain yang memiliki tujuan serupa sehingga menghindari duplikasi kegiatan dan meningkatkan efektivitas pelaksanaan program.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Sampai dengan Semester I Tahun 2026 sebagian besar program pendukung telah terlaksana sesuai rencana, antara lain sosialisasi, advokasi, proses penetapan rumah sakit, koordinasi lintas sektor, serta penyusunan revisi regulasi. Pelaksanaan program tersebut memberikan kontribusi langsung terhadap peningkatan jumlah rumah sakit yang memenuhi persyaratan sebagai penyelenggara wisata medis.

IKK.14.1.4. Persentase Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya

1. Definisi Operasional

Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kebutuhan darah sesuai standar WHO 2% dari jumlah penduduk kabupaten/kota.

2. Cara Perhitungan

Jumlah kabupaten/kota yang memiliki UPD mampu memproduksi darah sebanyak 2% dari jumlah penduduk kabupaten/kota dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota dikali 100%.

3. Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Undang – undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan menyebutkan bahwa pelayanan darah merupakan salah satu upaya kesehatan yang memanfaatkan darah manusia sebagai bahan dasar untuk penyembuhan penyakit dan pemulihan Kesehatan yang terdiri atas pengelolaan darah dan pelayanan transfusi darah. Pengelolaan darah bertujuan untuk menyediakan darah yang aman dan bermutu dan memudahkan akses memperoleh darah dan informasi tentang ketersediaan darah.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan Pasal 100 disebutkan bahwa Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, pemberian bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan di bidang pengembangan kesehatan rujukan salah satunya adalah program pelayanan darah. Dalam rangka pencapaian target indikator yang sudah direncanakan melalui draft rencana aksi, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan merencanakan program tahun 2026 yang terdiri dari :

- a. Penyusunan NSPK
- b. Pelaksanaan Pembinaan Pelayanan Darah di Rumah Sakit

- c. Bimbingan Teknis
- d. Monitoring dan Evaluasi

Sampai semester I tahun 2026 kegiatan yang sudah dilaksanakan antara lain kegiatan – kegiatan rapat bersama unit terkait dan pakar dalam penyusunan NSPK dan strategi – strategi pencapaian indikator, pelaksanaan pembinaan pelayanan darah di rumah sakit, bimbingan teknis serta monitoring dan evaluasi.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target antara lain penyusunan kebijakan dan rapat koordinasi Kementerian Kesehatan bersama Unit Pengelola Darah melalui media zoom serta sosialisasi ke Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten /Kota terkait dengan Indikator Kinerja.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai semester I tahun 2026 adalah 20,40%.

No	Indikator	Target	Realisasi
1.	Persentase Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	35%	20,40%

6. Analisa Capaian Kinerja

Capaian target pada semester I Tahun 2026 sebesar 20,40%. Persentase tersebut merupakan hasil perbandingan antara Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya dibandingkan dengan jumlah total kabupaten/kota di Indonesia.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Capaian indikator pada semester I TA 2026 jika dibandingkan dengan target tahunan terlampir:

Indikator	2026	
	Target	Capaian
Persentase Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	35%	20,40%

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Perbandingan realisasi dan capaian kinerja dengan realisasi dan capaian tahun 2025 terlampir:

Indikator	2025			2026		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase Kabupaten Kota Memenuhi Standar	20%	20,40%	102%	35%	20,4%	58,3%

Kebutuhan Darah di wilayahnya						
-------------------------------	--	--	--	--	--	--

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan realisasi capaian kinerja tahun 2026 dengan target jangka menengah (2029)

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
Persentase Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	35%	20,40%	95%

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum terdapat data pembandingan secara nasional terkait Persentase Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

11. Permasalahan

- Rendahnya tingkat kepatuhan Unit Pengelola Darah (UPD) melakukan pelaporan lengkap dan sesuai dengan jangka waktu yang ditetapkan.
- Kurangnya kesadaran masyarakat untuk melakukan donor darah di daerah.

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi untuk melakukan koordinasi berjenjang dengan Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota dan UPD di wilayahnya.
- Mendorong UPD untuk meningkatkan edukasi dan kampanye agar masyarakat rutin melakukan donor darah.
- Melakukan koordinasi lintas program, lintas sektor dengan melibatkan UPD PMI dan UPD rumah sakit dalam pencapaian indikator yang diampu Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan.

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pelaksanaan pembinaan pelayanan darah di rumah sakit, bimbingan teknis serta monitoring dan evaluasi. Hal yang mempengaruhi pencapaian target indikator yang masih rendah adalah tingkat kepatuhan pelaporan data dan kurangnya partisipasi masyarakat dalam donor darah.

14. Efisiensi Sumber Daya

Upaya-upaya efisiensi sumber daya yang telah dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian target adalah melakukan kegiatan secara daring.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Per semester I TA 2026 program kegiatan yang dirancang untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja sudah terlaksana sebagian, antara lain kegiatan perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pelaksanaan pembinaan pelayanan darah di rumah sakit, bimbingan teknis serta monitoring dan evaluasi.

Indikator Kinerja Mandatory (IKM)

IKM 33.1. Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan

1. Definisi Operasional

Hasil evaluasi terhadap Laporan Kinerja atau Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap tentang pencapaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang ditetapkan dalam rangka pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja negara pada level Direktorat. Penilaian yang dilakukan terhadap LAKIP meliputi perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja dan evaluasi kinerja. Pelaksanaan evaluasi SAKIP di lingkungan Kementerian Kesehatan diatur dengan petunjuk teknis evaluasi AKIP Kementerian Kesehatan.

2. Cara Perhitungan

Hasil penilaian tahun sebelumnya (atau T- 1) sesuai dengan petunjuk teknis evaluasi AKIP Kementerian Kesehatan.

3. Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri PANRB Nomor 12 Tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi atas Implementasi SAKIP bertujuan untuk memperoleh informasi tentang implementasi SAKIP dan saran perbaikan dalam meningkatkan kinerja dan penguatan akuntabilitas instansi pemerintah dan unit kerja sesuai dengan prioritas program pemerintah saat ini. Melalui Evaluasi AKIP diharapkan dapat mendorong satuan kerja untuk berkomitmen dan secara konsisten meningkatkan implementasi SAKIP dalam mewujudkan capaian kinerja yang telah direncanakan. Adapun penguatan akuntabilitas kinerja merupakan salah satu strategi yang dilaksanakan dalam rangka mempercepat pelaksanaan reformasi birokrasi, dalam mewujudkan pemerintahan yang bersih dan akuntabel, pemerintahan yang kapabel, serta meningkatnya kualitas pelayanan publik kepada masyarakat, serta untuk mendorong peningkatan pencapaian kinerja yang tepat sasaran dan berorientasi hasil, maka perlu dilakukan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) atas implementasi SAKIP.

Pada Tahun 2026 Indikator Kinerja Mandatori baru di implementasikan pada tahun 2026 yang dimasukkan kedalam perjanjian kinerja untuk semua pejabat diantaranya pada

perjanjian kinerja Direktur Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dan diturunkan ke Ketua Timker Dukungan Manajemen beserta anggotanya.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target adalah mengawal proses perencanaan dan pelaksanaan kegiatan yang dilaksanakan serta mengevaluasi kegiatan yang sudah dilaksanakan tahun anggaran 2026.

5. Pencapaian Kinerja

No	Indikator	Target	Realisasi
1	Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	83	86,40

6. Analisa Capaian Kinerja

Capaian kinerja diperoleh dari hasil evaluasi SAKIP tahun 2025 yang dilakukan oleh tim Satuan Kepatuhan Internal (SKI) Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan. Setelah melakukan penilaian terhadap komponen perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, dan evaluasi akuntabilitas maka diperoleh hasil sebesar 86,40 dengan predikat baik (A).

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Capaian indikator pada semester I TA 2026 adalah 86,40 sesuai dengan hasil evaluasi SAKIP tahun 2025. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa capaian pada semester I tahun 2026 telah berhasil memenuhi target.

No	Indikator	Target	Realisasi
1	Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	83	86,40

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Capaian realisasi pada indikator Capaian indikator pada semester I TA 2026 tidak bisa dilakukan perbandingan target dan realisasi kinerja tahun sebelumnya, karena indikator “Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan” tidak bisa dilakukan perbandingan capaian realisasi dan capaian kinerja, karena merupakan indikator baru pada tahun 2026.

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan realisasi capaian kinerja tahun 2026 dengan target jangka menengah (2029)

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	83	-	-

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum bisa dibandingkan capaian realisasi kinerja tahun sebelumnya dengan capaian kinerja tahun ini dengan indikator Capaian indikator karena indikator “Nilai SAKIP Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan” merupakan indikator baru pada tahun 2026.

11. Permasalahan

Penyiapan data dukung dari semua tim kerja seringkali melewati batas waktu yang ditentukan

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Melakukan koordinasi dengan semua tim kerja terkait data dukung yang diperlukan dalam penilaian SAKIP secara berkala
- Melakukan percepatan proses pengumpulan data dukung dalam melengkapi persyaratan dalam penilaian SAKIP pada semester I TA 2026.

13. Efisiensi Sumber Daya

Pada penilaian SAKIP semester I Tahun 2026 tidak ada efisiensi sumber daya. Dalam penilaian indikator mandatori ini tidak tersedia anggaran.

14. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Per semester I TA 2026 program kegiatan yang dirancang untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja mandatori ini tidak tersedia anggaran. Dukungan dari semua pegawai di direktorat pengembangan pelayanan kesehatan komunitas untuk bisa Untuk menunjang keberhasilan indikator mandatori ini diperlukan berkomitmen dari semua pegawai dilingkungan direktorat pengembangan pelayanan kesehatan rujukan dimulai dari level anggota sampai level pimpinan, sehingga indikator mandatori terkait SAKIP ini bisa tercapai.

IKM 33.2. Nilai Kinerja Anggaran Kantor Pusat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

1. Definisi Operasional

Besarnya Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi eMonev Kementerian Keuangan, yang terdiri dari kinerja atas perencanaan anggaran dan nilai kinerja pelaksanaan anggaran (IKPA)

2. Cara Perhitungan

50 % Nilai Kinerja atas Perencanaan Penganggaran (yang terdiri 75% efektivitas + 25% efisiensi) ditambah 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (sesuai dengan perhitungan IKPA)

3. Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

PMK Nomor 107 Tahun 2024 adalah Peraturan Menteri Keuangan yang mengatur tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 62 Tahun 2023 tentang Perencanaan Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, serta Akuntansi dan Pelaporan Keuangan. Peraturan ini diterbitkan untuk menyelaraskan tata kelola keuangan dengan dinamika pengelolaan anggaran belanja pemerintah dan memperbaiki proses bisnis dari perencanaan hingga pertanggungjawaban.

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) adalah gabungan dari capaian **Evaluasi Kinerja Anggaran (EKA)** dan **Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)**. Nilai ini merupakan tolak ukur keberhasilan satuan kerja atau kantor pusat dalam merencanakan, melaksanakan, dan mempertanggungjawabkan penggunaan APBN secara efektif, efisien, dan akuntabel.

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) diperoleh dari nilai yang ada di Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, karena sudah 1 (satu) DIPA. Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan untuk nilai kinerja anggarannya akan langsung diambil dari capaian Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan pada semester I Tahun 2026.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target adalah mengoptimalkan capaian kinerja kegiatan yang ada dengan komitmen dari semua pegawai untuk mematuhi apa yang sudah direncanakan dalam pelaksanaan kegiatan, sehingga capaian nilai kinerja anggaran bisa maksimal dan tercapai target yang sudah ditargetkan sebanyak 92,75%.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai semester I tahun 2026 (per 25 Juni 2026) adalah 37,79%

No	Indikator	Target	Realisasi
1	Nilai Kinerja Anggaran Kantor Pusat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	92,75	37,79

6. Analisa Capaian Kinerja

Analisa capaian kinerja pada semester I tahun 2026 masih ongoing sebesar 50,75% dari target 92,75%.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Capaian indikator pada semester I TA 2026 tidak bisa dilakukan perbandingan target dan realisasi kinerja, karena indikator “Nilai kinerja anggaran kantor pusat dirjen kesehatan lanjutan merupakan indikator baru pada tahun 2026.

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Capaian indikator pada semester I TA 2026 tidak bisa dilakukan perbandingan terkait realisasi dan capaian kinerja dengan realisasi dan capaian beberapa tahun terakhir, karena indikator “Nilai kinerja anggaran kantor pusat direktorat jenderal kesehatan lanjutan merupakan indikator baru pada yang di tuangkan dalam Perjanjian Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan tahun 2026.

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan realisasi capaian kinerja tahun 2026 dengan target jangka menengah (2029)

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
Nilai Kinerja Anggaran Kantor Pusat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	92,75	37,79	-

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum bisa dibandingkan capaian realisasi kinerja tahun sebelumnya karena indikator “Nilai Kinerja” merupakan indikator Mandatori baru di tuangkan dalam Perjanjian Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan tahun 2026 dan tidak ada standar nasional.

11. Permasalahan

- Usulan kegiatan pada rencana penarikan dana (RPD) masih belum konsisten sehingga Nilai Kinerja Anggaran yang diperoleh belum maksimal, karena untuk penilaian indikator ini akan berpengaruh dari usulan penarikan anggaran dari semua eselon II di lingkungan direktorat jenderal kesehatan lanjutan. Rencana Penarikan Dana (RPD) berkaitan langsung dengan Deviasi Halaman III DIPA yang mana merupakan indikator dari Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA). Indikator Deviasi Halaman III DIPA di hitung berdasarkan rata-rata kesesuaian antara Realisasi Anggaran terhadap Rencana Penarikan Dana (RPD) bulanan pada setiap jenis belanja.
- Pelaksanaan kegiatan yang sudah di usulkan tidak sesuai dengan rencana penarikan anggaran yang sebelumnya di usulkan, sehingga capaian kinerja ini belum bisa maksimal

12. Upaya Pemecahan Masalah

- a. Melakukan koordinasi disemua tim kerja untuk bisa berkomitmen pada kegiatan yang sudah diusulkan sebelumnya
- b. Memaksimalkan penyerapan anggaran yang sudah di usulkan dan disesuaikan dengan timeline kegiatan yang sudah direncanakan agar rencana penarikan dana sesuai, sehingga bisa mengoptimalkan capaian kinerja
- c. Melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan, sehingga penyerapan anggaran bisa maksimal.

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Analisis faktor keberhasilan kinerja sampai saat ini masih on proses per 25 Juni 2026 sebesar 50,75% pada semester I Tahun 2026.

14. Efisiensi Sumber Daya

Sepanjang Semester I Tahun 2026, Direktorat secara konsisten menerapkan prinsip efisiensi sumber daya tanpa mengurangi volume maupun kualitas output yang ditargetkan dalam Perjanjian Kinerja. Efisiensi tersebut meliputi:

- a. Efisiensi Anggaran Operasional: Optimalisasi metode kerja digital dengan mengalihkan sebagian besar rapat koordinasi, penyelarasan regulasi, dan forum konsultasi menjadi virtual (Zoom). Langkah ini menghemat alokasi belanja perjalanan dinas
- b. Efisiensi Sumber Daya Manusia : Optimalisasi sumber daya manusia yang membuat pertanggungjawaban keuangan dari timker dukungan manajemen pada bagian keuangan. Hal tersebut meminimalisir penumpukan berkas kegiatan yang akan diusulkan untuk mengeklaim keuangan, sehingga pekerjaan unit teknis bisa dialokasikan untuk menyelesaikan program kerja strategis dan yang lebih penting lainnya.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

- a. Adanya rapat evaluasi anggaran berkala yang dipimpin langsung oleh pimpinan Direktorat bersama Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) serta seluruh pegawai untuk mendorong unit teknis melaksanakan kegiatan sesuai dengan timeline.
- b. Membuat rapat evaluasi keuangan secara rutin yang dipimpin oleh Pejabat Pembuat Komitmen (PPK).

IKM 33.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan

1. Definisi Operasional

Ukuran yang menggambarkan kualitas ASN Kemenkes di lingkungan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan berdasarkan kesesuaian kualifikasi kompetensi, kinerja, dan kedisiplinan pegawai ASN dalam melaksanakan tugas jabatan. Dalam hal pelaksanaan pengukuran, mengacu pada peraturan yang diterbitkan oleh leading institution yang disesuaikan.

2. Cara Perhitungan

Hasil penjumlahan dari nilai Penerapan dimensi profesionalitas ASN sesuai Peraturan Menteri PANRB Nomor 38 Tahun 2018 dan Peraturan BKN Nomor 8 Tahun 2019

3. Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Indeks Kualitas SDM dalam rencana strategis ada di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Rencana Aksi Indeks Kualitas SDM Kementerian Kesehatan berfokus pada pilar kelima Transformasi Sistem Kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan kualifikasi, kompetensi, dan pemerataan tenaga medis. Target Indeks Kualitas ASN Kemenkes ditetapkan sebesar 82 poin pada tahun 2026, yang dicapai melalui Talent Management dan pengembangan kompetensi 1

Pengukuran Indeks Kualitas SDM di lingkungan Kementerian Kesehatan dihitung berdasarkan rata-rata nilai Indeks Profesionalitas ASN (IP ASN) pegawai pada masing-masing unit kerja. Adapun dimensi yang dinilai pada indeks profesionalitas ASN diantaranya:

- a. **Dimensi Kompetensi (Bobot 40%):** Mengukur riwayat pengembangan kompetensi pegawai, seperti keikutsertaan dalam diklat struktural/fungsional, bimbingan teknis, workshop, atau seminar.
- b. **Dimensi Kinerja (Bobot 30%):** Diambil dari hasil penilaian capaian Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) tahunan ASN.
- c. **Dimensi Kualifikasi (Bobot 25%):** Menilai tingkat/jenjang pendidikan formal tertinggi yang tercatat dan kesesuaiannya dengan jabatan.
- d. **Dimensi Kedisiplinan (Bobot 5%):** Mengukur tingkat kepatuhan berdasarkan data hukuman disiplin pegawai

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target adalah setiap pegawai mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi

1. Pemenuhan Hak & Kewajiban Belajar
 - a. Memenuhi Jam Pelajaran (JP) Tahunan
 - b. Mengikuti Pelatihan Nonklasikal (melakukan pengembangan kompetensi)
 - c. Aktif dalam Komunitas Belajar
2. Optimalisasi Capaian Target Kerja
 - a. Menyusun SKP yang Terukur
 - b. Pemenuhan Bukti Dukung Berkala
3. Peningkatan Kualifikasi Pendidikan

- a. Melanjutkan Pendidikan Formal:
- b. Penyelarasan Pendidikan
- 4. Penegakan Disiplin Kerja
 - Menjaga predikat kinerja yang diperoleh dengan baik
- 5. Manajemen Data Mandiri melalui Aplikasi Kepegawaian
 - a. Pembaruan Data Mandiri
 - b. Monitoring Skor Melalui E-Office

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai semester I tahun 2026 adalah 83,46.

No	Indikator	Target	Realisasi
1	IKM 33.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	82	83,46

6. Analisa Capaian Kinerja

Capaian kinerja Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sudah tercapai 83,46 dari target 82

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Capaian kinerja Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan sudah tercapai 83,46 dari target 82. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa capaian semester I tahun 2026 telah melampaui target.

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Capaian realisasi pada indikator Capaian indikator pada semester I TA 2026 tidak bisa dilakukan perbandingan target dan realisasi kinerja tahun sebelumnya, karena indikator “**Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan**” merupakan indikator baru di pada tahun 2026

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan realisasi capaian kinerja tahun 2026 dengan target jangka menengah (2029)

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
IKM 33.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	82	83,46	-

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum bisa dibandingkan capaian realisasi kinerja dikarenakan tidak ada standar nasional.

11. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Analisis faktor keberhasilan kinerja sampai saat ini partisipasi dari semua pegawai konsisten dan komitmen untuk meningkatkan kompetensinya

12. Efisiensi Sumber Daya

Semua pegawai di lingkungan direktorat pengembangan pelayanan kesehatan rujukan berpartisipasi secara konsisten dan komitmen untuk meningkatkan kompetensinya

13. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Per semester I TA 2026 program kegiatan yang dirancang untuk mendukung pencapaian target pada indikator kinerja **“Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan”** sudah tercapai sebesar 83,46 dari target yang telah ditentukan sebesar 82.

B. IKM 33.4 - Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

1. Definisi Operasional

Nilai maturitas manajemen risiko Ditjen Keslan dari hasil penilaian APIP Kemenkes yang mengacu pada Pedoman Penilaian Maturitas Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

2. Cara Perhitungan

Hasil penilaian maturitas manajemen risiko di tahun berjalan dengan kategori yaitu:

● Naive: ≤ 1 ● Aware: 1,01 – 2,00 ● Define: 2,01 – 3,00 ● Manage: 3,01 – 4,00 ● Enable: 4,01 – 5,00

3. Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan bidang kesehatan yang telah ditetapkan dalam RPJMN dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, setiap unit kerja perlu mengidentifikasi risiko dan rencana mitigasi risiko. Adanya manajemen risiko menjadi salah satu pertimbangan penting dalam pengambilan keputusan strategis yang akan mempengaruhi pencapaian target kinerja. Manajemen risiko juga merupakan bagian dari sistem pengendalian intern pemerintah yang bertujuan untuk memberikan keyakinan yang memadai bagi tercapainya efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan, keandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset negara, dan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan.

Penerapan manajemen risiko di lingkungan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah, Peraturan Presiden nomor 39 tahun 2023 tentang Manajemen Risiko, dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang Penerapan Manajemen Risiko di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Pimpinan unit kerja sebagai pemilik risiko selanjutnya

membentuk struktur organisasi manajemen risiko yang ditetapkan melalui Keputusan Direktur Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan Nomor HK.02.03/D.III/10/2026 tentang Unit Pemilik Risiko Tingkat II (UPR-T.II) Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan. Kebijakan ini telah disampaikan kepada seluruh pegawai selaku pengelola risiko dengan menekankan bahwa manajemen risiko merupakan tanggung jawab bersama.

Sebagai bagian dari sistem pengendalian internal pemerintah (SPIP), Satuan Kepatuhan Internal Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan berperan melakukan fungsi pengawasan terhadap efektivitas penerapan manajemen risiko di UPRT-II. Pengawasan ini bertujuan untuk memastikan bahwa identifikasi dan penanganan risiko telah dilakukan sesuai standar, potensi hambatan dapat diantisipasi secara dini, dan peluang perbaikan dapat dioptimalkan untuk mendukung kinerja organisasi.

Rencana Aksi Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (Ditjen Keslan) berfokus pada peningkatan Level Maturitas melalui penguatan budaya sadar risiko. Target utamanya adalah pencapaian Tingkat Maturitas pada Level 3 (Risk Defined) atau Level 4 (Risk Managed). Rencana aksi ini diimplementasikan melalui beberapa langkah strategis: Penyusunan Daftar Risiko (Risk Register): Mengidentifikasi, menganalisis, dan mengevaluasi potensi risiko pada tiap unit kerja, serta merancang rencana mitigasi sebelum dimulainya tahun anggaran.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Upaya untuk mencapai target Nilai Maturitas Manajemen Risiko (MR) di Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (Ditjen Keslan) Kementerian Kesehatan dilakukan melalui integrasi pengelolaan risiko ke dalam proses perencanaan, pelaksanaan program, dan penganggaran. Upaya utama ini mencakup penerapan tata kelola terpadu sesuai ketentuan.

Adapun langkah-langkah strategis yang dilakukan adalah:

- **Internalisasi Budaya Sadar Risiko:**

Menumbuhkan budaya sadar risiko dalam pelaksanaan tugas dan fungsi pegawai. Hal ini dapat terlihat dari komitmen pimpinan dan seluruh pegawai direktorat yang telah menandatangani Pakta Integritas. Selain itu keterlibatan representasi masing-masing unsur tim kerja dalam UPR-T.II menunjukkan bagaimana setiap jenis pekerjaan perlu menerapkan manajemen risiko.

- **Penerapan Regulasi:**

Mengimplementasikan kebijakan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor: HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang Penerapan Manajemen Risiko di Lingkungan

Kementerian Kesehatan untuk memastikan tata kelola yang terstandardisasi di seluruh unit kerja.

- **Penguatan Perencanaan Berbasis Risiko:**

Mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, dan memantau potensi risiko sejak awal penyusunan program hingga tahap pengambilan keputusan.

- **Peningkatan Kapasitas SDM:**

Menyelenggarakan pelatihan, *workshop*, dan pendampingan berkelanjutan bagi satuan kerja untuk memastikan kesadaran dan budaya risiko terinternalisasi dengan baik.

- **Penilaian Berkelanjutan:**

Melakukan penilaian mandiri (*self-assessment*) dan reviu secara berkala yang didukung oleh Satuan Kepatuhan Internal (SKI) dan Inspektorat Jenderal Kemenkes selaku Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP).

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai semester I tahun 2026 adalah 4.2. Hasil ini diperoleh dari metode penilaian mandiri maturitas manajemen risiko pada level direktorat (eselon II). Penilaian eselon I yang telah dilakukan penjaminan kualitas oleh APIP akan dilaksanakan pada semester II dengan mempertimbangkan penerapan pada level eselon II yang berada di bawahnya.

No	Indikator	Target	Realisasi
1	IKM 33.4 - Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	4	4.2

6. Analisa Capaian Kinerja

Berdasarkan hasil capaian pada semester I, maka level maturitas manajemen risiko pada Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan berada pada kategori risiko terkelola (*risk managed*). Hal ini didukung dengan pembentukan tim Unit Pemilik Risiko Tingkat II (UPR.T-II) yang bertugas untuk menyusun profil risiko secara berkala dan memastikan pengendalian risiko terlaksana dengan baik.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Pada semester I tahun 2026 diperoleh realisasi indikator Nilai maturitas manajemen risiko sebesar 4.2. Hasil ini diperoleh dari penilaian mandiri Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Manajemen Terintegrasi pada level Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan berfokus pada komponen terkait manajemen risiko. Maka dapat disimpulkan bahwa capaian semester I tahun 2026 telah memenuhi target.

No	Indikator	Target	Realisasi
----	-----------	--------	-----------

1	IKM 33.4 - Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	4	4.2
---	--	---	-----

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja beberapa tahun terakhir dikarenakan indikator bersifat baru. Indikator “**Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan**” merupakan indikator direktif pimpinan yang dituangkan dalam perjanjian kinerja yang bersifat tahunan. Adapun indikator ini baru diamanatkan pada tahun 2026.

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja dikarenakan tidak ada adanya target jangka menengah. Indikator “**Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan**” merupakan indikator direktif pimpinan yang dituangkan dalam perjanjian kinerja yang bersifat tahunan. Adapun indikator ini baru diamanatkan pada tahun 2026.

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Tidak ada standar nasional terkait indikator “**Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan**”.

11. Permasalahan

- Belum semua pegawai memahami manajemen risiko
- Seringkali penerapan manajemen risiko dianggap sebagai beban kerja ganda karena tidak termasuk ke dalam tugas dan fungsi teknis
- Komunikasi yang kurang efektif
- Proses identifikasi risiko masih belum optimal

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Semua pegawai diwajibkan mengikuti sosialisasi atau workshop terkait manajemen risiko, sehingga memahami pentingnya manajemen risiko dalam proses bisnis suatu organisasi
- Penerapan nilai-nilai manajemen risiko di ruang lingkup direktorat untuk menumbuhkan budaya sadar risiko
- Pembahasan manajemen risiko secara berkala dan insidental

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

- Adanya sosialisasi terkait manajemen risiko yang dilaksanakan secara rutin oleh lintas sektor dan lintas program
- Penetapan PIC manajemen risiko pada masing-masing tim kerja

- c. Komitmen pimpinan terhadap implementasi manajemen risiko melalui penetapan indikator perjanjian kinerja tahunan

14. Efisiensi Sumber Daya

Anggaran terkait manajemen risiko tidak tertera secara eksplisit dalam dokumen anggaran. Namun demikian aktivitas pengendalian risiko dapat terlaksana melalui kegiatan teknis tim kerja. Adapun pertemuan penyusunan profil risiko, rapat pemantauan manajemen risiko, dan penyusunan laporan manajemen risiko dilakukan secara daring.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Beberapa kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian target, antara lain:

- a. Rapat penyusunan profil risiko Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Risiko
- b. Rapat pemantauan manajemen risiko Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Risiko
- c. Workshop/MOOC/Webinar terkait manajemen risiko

IKM 33.5-Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat

1. Definisi Operasional

Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dan telah dimonitor APIP capaian tindak lanjutnya serta telah dinyatakan lengkap

2. Cara Perhitungan

Jumlah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti Direktorat PPKR pada hasil monitoring tahun berjalan yang telah dinyatakan lengkap dibagi jumlah total rekomendasi hasil pemeriksaan BPK di Sekretariat Jenderal dikali 100%

3. Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Berdasarkan UU No. 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara, pada **Pasal 20** Menyatakan secara tegas bahwa pejabat wajib menindaklanjuti rekomendasi dalam laporan hasil pemeriksaan BPK. Peraturan ini dibuat sebagai dasar pejabat pemerintahan wajib untuk menindaklanjuti rekomendasi dalam laporan hasil pemeriksaan BPK. Oleh karena itu rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target yaitu terdiri dari :

- a. Melakukan koordinasi dengan Sesditjen Keslan terkait rekomendasi BPK yang ditujukan untuk Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan. Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan Memetakan seluruh rekomendasi yang belum tuntas (*Outstanding*).

- b. Mendorong penanggung jawab teknis kegiatan untuk segera menyusun dokumen tindak lanjut secara valid untuk melakukan tindak lanjut atas temuan pada LHP BPK sesuai dengan rekomendasi sampai dengan status “Tuntas”
- c. Menyelenggarakan **Forum Pemutakhiran Data TLHP Internal** secara berkala (bulanan atau triwulanan) sebelum pelaksanaan rekonsiliasi resmi dengan Inspektorat Jenderal (Itjen) atau BPK.
- d. Menjadikan hasil temuan BPK terdahulu sebagai *early warning system* dan *checklist* wajib dalam pelaksanaan program/anggaran berjalan. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya temuan berulang (*recurring findings*) pada tahun anggaran berjalan.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- a. Membentuk tim kecil internal di tingkat Direktorat yang dibuat khusus untuk mengawal tindak lanjut. Tim ini bertugas menjembatani komunikasi antara Direktorat, Inspektorat Jenderal (Itjen), dan BPK
- b. Membuat *timeline* untuk proses tindak lanjut dengan batas waktu **60 hari** sejak LHP diterima
- c. Melakukan koordinasi aktif dengan Tim Auditor Itjen selaku APIP untuk menilai keabsahan berkas *eviden* yang telah dikumpulkan.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai semester I tahun 2026 adalah 0% karena penilaian SAKIP 2026 menunggu sampai akhir desember 2026 (semester II TA 2026)

No	Indikator	Target	Realisasi
1	IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat	95%	0%

6. Analisa Capaian Kinerja

Tidak dapat dilakukan analisa kinerja dikarenakan tidak ada adanya capaian kinerja oleh sebab indikator “Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat” merupakan indikator baru pada tahun 2026.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai semester I tahun 2026 adalah 0% karena masih terdapat temuan yang belum ditindaklanjuti secara lengkap dan tuntas yang akan diakumulasi pada akhir semester II.

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Berdasarkan data target dan realisasi dari tahun tahun sebelumnya yang diawali dengan tahun 2024 Direktorat selalu mencapai target penyelesaian rekomendasi BPK dalam dua tahun terakhir, yaitu 98,32% pada 2024 dan 95,00% pada 2025. Realisasi Semester I 2026 yang masih 0,00% bukan karena penurunan kinerja, melainkan terdapat temuan yang baru yang muncul pada semester 1 yang saat ini masih dalam proses tindak lanjut, karena masih berprosesnya tindak lanjut temuan tersebut maka tindak lanjut tersebut belum dikatakan lengkap dan tuntas. Saat ini, Direktorat sedang optimistis target tahunan sebesar 95,00% dapat tercapai penuh di akhir tahun.

Indikator	2024		2025		2026	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat	90%	98,32%	95%	95%	95%	0%

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan realisasi capaian kinerja tahun 2026 dengan target jangka menengah (2029)

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat	95%	0%	-

11. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum bisa dibandingkan capaian realisasi kinerja tahun sebelumnya dengan capaian kinerja tahun ini dengan indikator Capaian indikator karena indikator "**Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat**" merupakan indikator baru pada tahun 2026.

12. Permasalahan

- Dokumen Bukti Dukung Tidak Sesuai Rekomendasi BPK
Direktorat PPKR merasa sudah menindaklanjuti rekomendasi, namun saat diserahkan, dokumen tersebut ditolak oleh auditor BPK karena dianggap kurang valid, dan substansinya tidak menjawab akar masalah yang diminta BPK
- Minimnya umpan balik (*feedback*) atau informasi status dari Itjen atau BPK
Direktorat PPKR merasa sudah menindaklanjuti rekomendasi, namun saat diserahkan belum ada feedback dari Itjen/BPK apakah tindak lanjut tersebut diterima ataukah di tolak, sehingga Direktorat PPKR berada dalam posisi "mengambang" dan tidak bisa mengidentifikasi apakah temuan tersebut sudah tuntas apa belum.
- Temuan dari Tahun-tahun sebelumnya yang belum bisa di hapus
Direktorat masih terbebani oleh sisa temuan tahun 2010 yang sudah diusulkan untuk

di hapus atau diajukan Temuan Pemeriksaan yang Tidak Dapat Ditindaklanjuti (TPTD) di tahun 2023 tetapi sampai tahun ini masih belum ada progres yang pasti dari BPK apakah disetujui atau tidak karena masih menunggu sidang dari BPK

- d. Temuan yang berkaitan dengan lintas sektor atau kementerian/lembaga lain
Permasalahan lain adanya keterkaitan temuan secara lintas sektoral dengan unit Eselon I atau Kementerian/Lembaga lain yang susah untuk ditindaklanjuti, Direktorat telah mengidentifikasi batasan tugas (tugas dan fungsi) dan menyampaikan dasar hukum terkait tugas yang ada pada Direktorat tetapi dari BPK/Itjen tidak menerima tindak lanjut tersebut.

13. Upaya Pemecahan Masalah

- a. Mengadakan forum *Desk* khusus bersama Inspektorat Jenderal (Itjen) selaku APIP untuk melakukan penilaian awal terhadap temuan dan tindak lanjut yang sudah direktorat berikan
- b. Meminta bantuan tim SKI untuk melakukan pertemuan dengan Tim Auditor Itjen yang memegang permasalahan Direktorat PPKR dengan tujuan meminta Itjen melakukan *review* awal di tempat agar mendapat kepastian apakah tindak lanjut dari Direktorat diterima atau ditolak
- c. Pada setiap Forum Pemutakhiran Data TLHP Triwulanan, Tim Direktorat meminta Itjen dan Tim Pemeriksa BPK untuk mencantumkan klausul khusus pada **Berita Acara (BA) Rekonsiliasi** terkait temuan tahun-tahun sebelumnya yang sudah diajukan TPTD dan membuat kertas kerja pemisahan IKU internal agar kinerja riil Direktorat pada tahun 2026 tidak terlihat buruk akibat temuan yang berhenti di luar otoritas Direktorat
- d. Mengadakan forum *Desk* khusus bersama Inspektorat Jenderal (Itjen) selaku APIP untuk melakukan kroscek temuan dan tindak lanjut yang sudah direktorat berikan.

14. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Analisis faktor keberhasilan kinerja sampai saat ini on proses, karena kegiatan baru masuk di semester I TA 2026.

15. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi pada indikator ini dicapai melalui pemanfaatan koordinasi virtual, optimalisasi sistem digital, dan pemeriksaan awal dokumen oleh Tim Kepatuhan Internal. Langkah ini berhasil menghemat waktu verifikasi serta anggaran operasional, dengan tetap menjaga keabsahan bukti dukung yang diserahkan ke BPK.

16. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

- a. Optimalisasi peran Satuan Kepatuhan Internal (SKI) sebagai *gatekeeper* harian di tingkat Direktorat. Tim SKI secara aktif melakukan penelaah terkait rekomendasi bersama para Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) dan unit teknis.

- b. Pemeriksaan dokumen dilakukan lebih awal bersama Itjen secara terjadwal, sehingga Direktorat tidak perlu tanpa menunggu jadwal pemeriksaan final oleh BPK.

IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan

1. Definisi Operasional

Persentase Realisasi Anggaran adalah perbandingan antara jumlah dana DIPA (Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran) yang telah dicairkan dan dipertanggungjawabkan secara sah berdasarkan Surat Perintah Pencairan Dana (SPPD/SP2D) oleh KPPN, terhadap total pagu alokasi anggaran efektif yang dikelola oleh Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan pada periode tahun anggaran berjalan.

2. Cara Perhitungan

Cara perhitungan untuk menghitung Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan yaitu Realisasi Anggaran pada periode pelaporan dibagi dengan total pagu anggaran direktorat dikali 100%

3. Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Peraturan Menteri Keuangan Nomor 107 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 62 Tahun 2023 mengenai Perencanaan Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, serta Akuntansi dan Pelaporan Keuangan dilakukan untuk penguatan kualitas perencanaan dan pelaksanaan anggaran. Rencana aksi yang dilakukan meliputi penyusunan rencana penarikan dana secara tepat, percepatan pelaksanaan kegiatan dan pengadaan barang/jasa sesuai ketentuan, monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala, percepatan penyelesaian administrasi keuangan, serta identifikasi dan penyelesaian kendala yang berpotensi menghambat penyerapan anggaran. Selain itu, dilakukan koordinasi intensif dengan unit terkait dalam pelaksanaan revisi anggaran apabila diperlukan, sehingga pelaksanaan anggaran tetap selaras dengan target kinerja. Melalui upaya tersebut diharapkan realisasi anggaran dapat tercapai secara optimal, efektif, efisien, transparan, dan akuntabel sesuai dengan prinsip pengelolaan keuangan negara dan mendukung pencapaian sasaran kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target adalah percepatan pelaksanaan kegiatan sesuai rencana kerja dan kalender pelaksanaan anggaran, penyusunan rencana penarikan dana yang akurat, serta monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala. Direktorat juga melakukan percepatan proses pengadaan barang/jasa sesuai ketentuan yang berlaku, percepatan penyelesaian administrasi keuangan dan pembayaran, serta optimalisasi pelaksanaan kegiatan agar selaras dengan target

penyerapan anggaran. Selain itu, dilakukan identifikasi dan mitigasi terhadap kendala yang berpotensi menghambat pelaksanaan anggaran, percepatan usulan revisi anggaran apabila diperlukan, serta penguatan koordinasi dengan unit perencanaan, keuangan, dan pihak terkait lainnya.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja sampai semester I tahun 2026 adalah 41,86 per 25 Juni 2026.

	Indikator	Target	Realisasi
1	IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	96%	44.43%

6. Analisa Capaian Kinerja

Analisa capaian kinerja pada semester I tahun 2026 masih ongoing sebesar 44.43 % dari target 96%.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Berdasarkan Perjanjian Kinerja 2026, anggaran ditargetkan terserap 96% di akhir tahun. Sampai akhir Semester I (30 Juni 2026), realisasi anggaran Direktorat sudah mencapai 44,43%. Penyerapan ini tergolong aman dan sesuai target paruh tahun, karena sebagian besar tugas utama berhasil diselesaikan tanpa kendala pembayaran

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Realisasi anggaran per 30 Juni 2026 sebesar 44,43% menunjukkan keuangan Direktorat sudah kembali normal dan stabil. Pada pertengahan tahun 2025 lalu, penyerapan sempat merosot hingga 1,94% akibat adanya penataan organisasi dan revisi DIPA besar-besaran yang baru selesai di bulan Oktober. Capaian 44,43% di tahun ini menjadi bukti pemulihan kinerja yang cepat. Meski belum sepersis pertengahan tahun 2024 yang mencapai 55,50%, ritme penyerapan saat ini dinilai jauh lebih sehat dan berjalan aman menuju target akhir tahun sebesar 96%.

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan realisasi capaian kinerja tahun 2026 dengan target jangka menengah (2029)

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
IIKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	96%	44.43%	-

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Realisasi anggaran Direktorat per 30 Juni 2026 Semester 1 sebesar 44,43% telah memenuhi target standar nasional paruh tahun. Hal ini sejalan dengan **target periodik penyerapan anggaran Triwulan II yang ditetapkan oleh Kementerian Keuangan melalui instruksi Langkah-Langkah Strategis Pelaksanaan Anggaran serta indikator penilaian IKPA**, di mana standar minimum penyerapan Semester I idealnya berada di rentang 40%–50%.

11. Permasalahan

- Penumpukan Realisasi Anggaran pada Akhir tahun dikarenakan kegiatan baru dilaksanakan maksimal pada triwulan IV
- Ketidaksesuaian antara rencana awal penarikan dana yang tertuang di Halaman III DIPA dengan realisasi riil pelaksanaan kegiatan di lapangan.

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Melakukan rewiu dan penyesuaian Rencana Penarikan Dana (RPD) pada Halaman III DIPA secara berkala (maksimal satu kali setiap triwulan) melalui aplikasi SAKTI. Jadwal penarikan dana disesuaikan dengan kalender riil pelaksanaan kegiatan di lapangan.
- Menyelenggarakan rapat evaluasi capaian kinerja dan anggaran secara rutin setiap bulan atau triwulan untuk memetakan kegiatan yang berpotensi terlambat
- Mengusahakan pelaksanaan kegiatan dilakukan sesuai timeline dan RPD

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

- Komitmen Manajemen dan Pengawasan Berkala
Adanya rapat evaluasi anggaran berkala yang dipimpin langsung oleh pimpinan Direktorat bersama Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) serta seluruh pegawai
- Akurasi Perencanaan dan Jadwal Kegiatan
Unit kerja berhasil menyusun *timeline* pelaksanaan kegiatan dan Rencana Penarikan Dana (RPD) pada Halaman III DIPA secara lebih realistis sejak awal tahun. Hal ini membuat distribusi pelaksanaan program kerja sepanjang Semester I berjalan proporsional dan tidak menumpuk di akhir tahun.

14. Efisiensi Sumber Daya

Sepanjang Semester I Tahun 2026, Direktorat secara konsisten menerapkan prinsip efisiensi sumber daya tanpa mengurangi volume maupun kualitas output yang ditargetkan dalam Perjanjian Kinerja. Efisiensi tersebut meliputi:

- a. **Efisiensi Anggaran Operasional:** Optimalisasi metode kerja digital dengan mengalihkan sebagian besar rapat koordinasi, penyelarasan regulasi, dan forum konsultasi menjadi virtual (Zoom). Langkah ini menghemat alokasi belanja perjalanan dinas
- b. **Efisiensi Sumber Daya Manusia :** Optimalisasi sumber daya manusia yang membuat pertanggungjawaban keuangan dari timker dukungan manajemen pada bagian keuangan. Hal tersebut meminimalisir penumpukan berkas kegiatan yang akan diusulkan untuk mengeklaim keuangan, sehingga pekerjaan unit teknis bisa dialokasikan untuk menyelesaikan program kerja strategis dan yang lebih penting lainnya.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

- a. Adanya rapat evaluasi anggaran berkala yang dipimpin langsung oleh pimpinan Direktorat bersama Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) serta seluruh pegawai untuk mendorong unit teknis melaksanakan kegiatan sesuai dengan *timeline*.
- b. Membuat rapat evaluasi keuangan secara rutin yang dipimpin oleh Pejabat Pembuat Komitmen (PPK).

Indikator Kinerja Direktif (IKD)

IKD 33.3 Jumlah Provinsi yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi Organ Sesuai dengan Standar

1. Definisi Operasional

Jumlah Provinsi di Pulau Jawa, Bali, Sumatera, Kalimantan, dan Sulawesi yang memiliki rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan transplantasi organ sesuai dengan standar.

2. Cara Perhitungan

Jumlah provinsi yang memiliki minimal 1 rumah sakit (pemerintah atau swasta) yang menyelenggarakan pelayanan transplantasi organ sesuai dengan standar.

3. Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh dilakukan untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan serta hanya untuk tujuan kemanusiaan. Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh merupakan

tindakan pemindahan organ dan/atau jaringan tubuh dari donor kepada resipien sesuai dengan kebutuhan medis dan dilarang untuk dikomersialkan atau diperjualbelikan dengan alasan apa pun. Ketentuan tersebut menjadi landasan dalam pengembangan dan penyelenggaraan pelayanan transplantasi organ dan jaringan yang aman, bermutu, terstandar, dan berkelanjutan melalui penguatan tata kelola, sistem rujukan, sistem informasi yang terintegrasi, peningkatan kompetensi sumber daya manusia, serta pembinaan dan pengawasan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan transplantasi yang berkualitas, beretika, dan berorientasi pada keselamatan donor maupun resipien.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Pasal 100, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK), pemberian bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, analisis, evaluasi, serta pelaporan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan rujukan, termasuk penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan tubuh. Dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas tersebut, pada Tahun 2026 Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan dua kegiatan utama untuk mendukung pencapaian target, yaitu penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Transplantasi Organ dan Jaringan di Rumah Sakit serta implementasi pelayanan transplantasi organ dan jaringan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar.

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Sampai dengan Semester I Tahun 2026, kegiatan yang telah dilaksanakan meliputi pembahasan penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Transplantasi Organ dan Jaringan di Rumah Sakit bersama Komite Transplantasi Nasional, organisasi profesi, rumah sakit penyelenggara transplantasi, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), dan Pusat Data dan Teknologi Informasi (Pusdatin). Selain itu, dalam rangka implementasi pelayanan transplantasi organ dan jaringan sesuai standar, telah dilaksanakan pembinaan dan pendampingan teknis kepada rumah sakit dan bank mata yang difokuskan pada evaluasi kesiapan penyelenggaraan layanan, pemenuhan standar pelayanan, penguatan tata kelola, kesiapan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pemberian rekomendasi perbaikan guna mendukung penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan yang aman, bermutu, dan berkelanjutan.

a. Pedoman Teknis Pelayanan Transplantasi Organ dan Jaringan

Pada Semester I Tahun 2026, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Transplantasi Organ dan Jaringan di Rumah Sakit sebagai upaya untuk menyediakan acuan dalam

penyelenggaraan layanan transplantasi yang aman, bermutu, terstandar, dan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan serta ketentuan peraturan perundang-undangan. Pada tahap penyusunan ini, pedoman difokuskan pada penyelenggaraan transplantasi ginjal dan transplantasi kornea sebagai layanan transplantasi yang telah berkembang dan menjadi prioritas penguatan pelayanan di Indonesia.

Dalam proses penyusunannya, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan melaksanakan serangkaian pembahasan bersama Komite Transplantasi Nasional serta para dokter praktisi dari rumah sakit penyelenggara transplantasi organ dan jaringan untuk menyusun substansi pedoman berdasarkan benchmark standar di luar negeri, pengalaman praktik klinis, serta kebutuhan implementasi di fasilitas pelayanan kesehatan. Penyusunan pedoman juga melibatkan Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) dan Pusat Data dan Teknologi Informasi (Pusdatin), khususnya dalam memberikan masukan terkait aspek kebijakan, tata kelola, serta penguatan sistem informasi yang mendukung penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan secara nasional.

Hingga akhir Semester I Tahun 2026, penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Transplantasi Organ dan Jaringan di Rumah Sakit masih berada pada tahap pembahasan substansi bersama para pemangku kepentingan. Pembahasan difokuskan pada mekanisme dan tahapan penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan, meliputi penyusunan standar pelayanan, persyaratan penyelenggara, tata kelola donor dan resipien, alur pelayanan dan rujukan, sistem pencatatan dan pelaporan, kebutuhan data, integrasi sistem informasi, pembagian peran antar pemangku kepentingan, serta kesiapan infrastruktur teknologi informasi yang diperlukan untuk mendukung implementasi penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan secara terintegrasi, aman, bermutu, dan berkelanjutan. Selanjutnya akan dilakukan uji publik untuk mendapatkan masukan yang lebih komprehensif. Melalui proses tersebut diharapkan pedoman yang dihasilkan dapat menjadi acuan yang komprehensif, implementatif, dan mendukung penyelenggaraan layanan transplantasi organ dan jaringan yang terintegrasi, beretika, serta berorientasi pada keselamatan donor dan resipien.

b. Implementasi Pelayanan Transplantasi Organ dan Jaringan Tubuh di Fasyankes sesuai Standar

Upaya yang dilakukan untuk mendukung implementasi pelayanan transplantasi organ dan jaringan tubuh di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar dilaksanakan melalui kegiatan pembinaan dan pendampingan teknis kepada rumah sakit dan

institusi pendukung penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan. Kegiatan ini bertujuan untuk memfasilitasi fasilitas pelayanan kesehatan agar penyelenggaraan transplantasi organ dan/atau jaringan dapat dilaksanakan secara optimal, aman, bermutu, dan terstandar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pembinaan dilakukan melalui tahapan rapat koordinasi dan bimbingan teknis yang difokuskan pada penguatan tata kelola penyelenggaraan transplantasi, kesiapan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, alur pelayanan, serta pemenuhan standar pelayanan transplantasi organ dan jaringan.

Pada Semester I Tahun 2026, kegiatan pembinaan dan pendampingan teknis telah dilaksanakan pada beberapa fasilitas pelayanan kesehatan dan institusi pendukung, yaitu Rumah Sakit Tzu Chi, RSUP Fatmawati, RSUP Dr. M. Djamil, Bank Mata CDC Undaan, Bank Mata RSCM, dan RSUP Dr. Kariadi. Kegiatan difokuskan pada evaluasi kesiapan penyelenggaraan layanan, pemenuhan standar pelayanan, penguatan tata kelola, kesiapan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pemberian rekomendasi perbaikan guna mendukung penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan yang aman, bermutu, dan berkelanjutan.

Selain pembinaan kepada fasilitas pelayanan kesehatan, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan juga melaksanakan koordinasi dengan Kementerian Agama sebagai bagian dari penguatan dukungan lintas sektor dalam implementasi penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan di Indonesia. Koordinasi ini bertujuan untuk membangun sinergi dalam mendukung pemahaman masyarakat mengenai transplantasi organ dan jaringan dari perspektif keagamaan, memperkuat kolaborasi antar kementerian/lembaga, serta mendukung implementasi kebijakan penyelenggaraan transplantasi organ dan jaringan secara beretika, terstandar, dan berkelanjutan.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian target kinerja 16 provinsi sampai semester I tahun 2026 sudah tercapai adalah 9 provinsi yaitu: Sumut, DKI Jakarta, DI. Yogyakarta, Jatim, Bali, Jateng, Sumbar, Jabar dan Sumsel.

No	Indikator	Target	Realisasi
1	IKD.33.3. Jumlah Provinsi yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi Organ Sesuai dengan Standar	16 Prov	9 Prov

6. Analisa Capaian Kinerja

Analisa capaian kinerja pada semester I tahun 2026 masih ongoing yaitu 9 provinsi (56,25%) dari target 16 provinsi (100%) pada tahun 2026.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Berdasarkan Perjanjian Kinerja 2026, target dari indikator direktif ini adalah 16 provinsi dan sudah tercapai sampai dengan semester I Tahun 2026 sebanyak 9 provinsi yaitu: **Sumut, DKI Jakarta, DI. Yogyakarta, Jatim, Bali, Jateng, Sumbar, Jabar dan Sumsel**. Maka dapat disimpulkan bahwa capaian pada semester I tahun 2026 sudah on track dengan target akhir tahun..

8. Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja dengan Realisasi dan Capaian Beberapa Tahun Terakhir

Realisasi kinerja untuk indikator “Jumlah Provinsi yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi Organ Sesuai dengan Standar” dan capaian kinerja pada semester I tahun 2026 adalah 9 provinsi (54,25%) dari target 16 provinsi. Capaian ini masih ongoing dan diharapkan kedepannya akan terus bertambah dan bisa tercapai sesuai target yang sudah di tentukan. Adapun realisasi dan capaian tahun 2026 ini tidak bisa dibandingkan dengan tahun sebelumnya karena indikator ini adalah indikator direktif dari pimpinan dan indikator ini baru ada di Perjanjian Kinerja Tahun 2026.

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan realisasi capaian kinerja tahun 2026 dengan target jangka menengah (2029) belum bisa di bandingkan dengan target jangka menengah, karena indikator direktif ini tidak ada di dalam rencana aksi (RENSTRA Tahun 2025-2029) dan karena indikator ini adalah direktif dari pimpinan maka targetnya akan di tentukan setiap tahun dan dituangkan ke dalam Perjanjian Kinerja disetiap eselon II di lingkungan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Indikator	2026		2029
	Target	Realisasi	Target
IKD.33.3. Jumlah Provinsi yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi Organ Sesuai dengan Standar	16 Prov	9 Prov	-

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Realisasi kinerja untuk indikator **Jumlah Provinsi yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi Organ Sesuai dengan Standar** pada semester I tahun 2026 ini tidak bisa dibandingkan dengan standar nasional, karena indikatornya adalah indikator direktif dari pimpinan dan tidak masuk didalam Renstra Kemenkes

11. Permasalahan

Sebagian rumah sakit di beberapa provinsi masih dalam proses persiapan pengembangan layanan transplantasi organ dan memerlukan pendampingan dalam mempersiapkan penyelenggaraan pelayanan transplantasi organ sesuai dengan standar yang berlaku

12. Upaya Pemecahan Masalah

- a. Melakukan tindak lanjut (follow up) secara berkala untuk memperoleh informasi mengenai progres persiapan pengembangan layanan transplantasi organ di rumah sakit.
- b. Melaksanakan koordinasi dan sosialisasi kepada rumah sakit dalam rangka meningkatkan pemahaman dan kesiapan penyelenggaraan pelayanan transplantasi organ sesuai standar.

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Pencapaian indikator didukung oleh pelaksanaan penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Transplantasi Organ dan Jaringan di Rumah Sakit, pelaksanaan pembinaan, koordinasi, dan bimbingan teknis implementasi pelayanan transplantasi organ dan jaringan di fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor yang memengaruhi pencapaian indikator adalah masih terbatasnya kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan layanan transplantasi sesuai standar.

14. Efisiensi Sumber Daya

Upaya-upaya efisiensi sumber daya yang telah dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian target adalah melakukan kegiatan secara daring.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Per semester I TA 2026 program kegiatan yang dirancang untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja sudah terlaksana sebagian, antara lain yaitu penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Transplantasi Organ dan Jaringan di Rumah Sakit serta implementasi pelayanan transplantasi organ dan jaringan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar.

BAB IV

PENUTUP

Penyusunan LAKIP Semester I tahun 2026 dilakukan setelah ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029. Adapun penyajian laporan akuntabilitas kinerja semester I tahun 2026 ini merupakan capaian Perjanjian Kinerja yang menyampaikan analisis berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2026, yakni menggunakan Indikator Kinerja Kegiatan tahun 2024 yang merupakan tahun terakhir pada periode Renstra tahun 2020–2024 dan capaian indikator kinerja kegiatan pada Renstra 2025–2029.

Laporan Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Semester I Tahun 2026 disusun sebagai bentuk akuntabilitas dan pertanggungjawaban Direktorat Pengembangan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Semester I Tahun 2026 disusun pada tahun kedua periode Renstra Tahun 2025–2029.

Laporan Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Semester I Tahun 2026 disusun sesuai amanat Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Serta keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2024 tentang Pedoman Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan capaian kinerja Semester I Tahun 2026 masih diperlukan upaya-upaya lebih lanjut untuk mencapai sasaran kegiatan dan Indikator kinerja kegiatan yang merupakan Indikator Kinerja Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024 terdapat 1 (satu) Indikator Kinerja pada Sasaran Kegiatan yang masih dilaporkan sampai dengan tahun 2025. Sedangkan pada rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025–2029 terdapat dari 7 Indikator Kinerja yang dicantumkan pada dokumen Perjanjian Kinerja Pimpinan. Dalam rangka akuntabilitas kinerja, seluruh Indikator Kinerja tersebut telah dijelaskan pada Laporan Kinerja Semester I (LAKIP) tahun 2026 meliputi definisi operasional, cara perhitungan, analisa pencapaian terhadap target yang telah ditetapkan,

kegiatan yang telah dilaksanakan beserta hambatan atau kendala dalam mencapai target. Tidak lupa upaya solutif serta rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan pada periode selanjutnya, terutama terhadap capaian indikator kinerja yang masih jauh dari target akhir.

Upaya yang dilakukan oleh Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, untuk mendorong pencapaian target pada tahun 2026 di antaranya dengan:

1. Meningkatkan komitmen di semua tim kerja yang ada di direktorat pengembangan pelayanan Kesehatan rujukan untuk melakukan percepatan dan memantau progress capaian indikator yang diampu direktorat pengembangan pelayanan Kesehatan rujukan.
2. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan yang ada di lingkungan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan
3. Penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku hidup sehat.

**Data Dukung Dari Masing-Masing Indikator Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan
Rujukan Tahun 2026**

Lampiran 1 Indikator RPJMN : Jumlah Layanan Berbasis Kedokteran Presisi	Link Dakung Output Jumlah Layanan Berbasis Kedokteran Presisi https://drive.google.com/drive/folders/18H7bRXD FLNFz HcFbAHZFqA08Bf-e3k?usp=sharing	Link Dakung Proses Pencapaian Indikator : https://drive.google.com/drive/folders/1blGNly-5cRiX8XKhQoVYIfxFAS4qFMeo
Lampiran 2: IKK Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank (IKK)	Link Dakung Output Persentase populasi direkrut untuk penyimpanan biobank https://drive.google.com/drive/folders/1nxO0ZHtr pcpD F TnLT1AIVvYD JDepj?usp=drive_link	
Lampiran 3: IKK Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik (IKK)	link dakung Output Persentase populasi yang menggunakan farmakogenomik https://drive.google.com/drive/folders/1VkrNbBK CFP6gW7oTZ9cQnIRU8B4noL0f?usp=sharing	
Lampiran 4: Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar (IKK)	Link Dakung Output Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar https://drive.google.com/drive/folders/1HMxZNS QkqpGHT4QtHGL-5FLKqehs7c39?usp=drive_link	
Lampiran 5: Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP (IKP)	Link Dakung Output Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP https://drive.google.com/drive/folders/1TAUdQyai 6xweYh6AlhYG_T2FYA8NKcf5?usp=drive_link	
Lampiran 6: Jumlah peneliti di CRU RS yang telah mendapatkan sertifikat GCP (kumulatif) (IKK)	Link Dakung Output Jumlah peneliti di CRU RS yang telah mendapatkan sertifikat GCP https://drive.google.com/drive/folders/1jufzJNtep h1I7EY9vT7oNje2Ot46BPDt?usp=drive_link	
Lampiran 7: Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional (IKP)	Link Dakung Output Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional (IKP) https://drive.google.com/drive/folders/1quyD Pbp6ka19Gm QXX55Mrzzp-uLOr2m?usp=drive_link	Link Dakung Proses Pencapaian Indikator : https://drive.google.com/drive/folders/1aT3Ecoz oanDvhnGco5RmPNo J-URie0D?usp=sharing
Lampiran 8: Jumlah fasyankes yang	Link Dakung Output Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin (IKK)	Link Dakung Proses Pencapaian Indikator : https://drive.google.com/drive/folders/1e-LY3q1nwkAbjMtifXzLdF

menyelenggarakan pelayanan telemedisin (IKK)	https://drive.google.com/drive/folders/1Y0ciRXTg47i5XGgvASm7ZcxTTYEF3_W3?usp=drive_link	ExCkyp54tl?usp=sharing
Lampiran 9 : Persentase/ Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya (IKK)	Link Dakung Output Persentase/Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya https://drive.google.com/drive/folders/1L3YNHDcdDLs6UFIAhYH0Gp4Y_gZdiPJ?usp=drive_link	Link Dakung Proses Pencapaian Indikator : https://drive.google.com/drive/folders/1UWUNjn_z8D9Kls6pMLHMv5IM_kCjelCpgw
Lampiran 10: Jumlah RS yang Siap dan Mendukung Pelayanan Wisata Medis	Link Dakung Output Jumlah RS yang Siap dan Mendukung Pelayanan Wisata Medis https://drive.google.com/drive/folders/154ecCdD3dbEm1hWaPQR06Kc3t-Gq0uzo?usp=drive_link	Link Dakung Proses Pencapaian Indikator : https://docs.google.com/spreadsheets/d/1vsx5QDRUlatbGeBAfTn6FiSe6peyx_8r/edit?usp=sharing&oid=109631763729933673061&rtpof=true&sd=true
Lampiran 11: Nilai Kinerja Anggaran Kantor Pusat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	Link Dakung Nilai Kinerja Anggaran Kantor Pusat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan https://drive.google.com/drive/folders/1ZFG4XqC8VmkIpuxyWZ5yK3wl6fjcbvJ?usp=sharing	
Lampiran 12: Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	Link Dakung: Indeks Kualitas SDM Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan https://drive.google.com/file/d/16C1rVetF727yf6HrPCJbj3y3xTpqik3K/view?usp=sharing	
Lampiran 13 : Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	Link Dakung : Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan https://drive.google.com/drive/folders/15Ap3rwcCDohtTVxVla8vaiB4Yc-Aj_x8?usp=sharing	
Lampiran 14: Jumlah Provinsi yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi	Link Dakung: Jumlah Provinsi yang Menyelenggarakan Pelayanan Transplantasi Organ Sesuai dengan Standar https://docs.google.com/spreadsheets/d/1a6OHNg-LrR_DwBI1TaLEu25bP9d0U2_j/edit?usp=sharing&oid=112201688612781027017&rtpof=true&sd=true	

Organ Sesuai dengan Standar	
--------------------------------	--

