



Kemenkes
Ditjen Keslan

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH SEMESTER I TAHUN 2026

**Direktorat Tata Kelola
Pelayanan Kesehatan Rujukan**

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur selalu kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Laporan Kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026 dapat disusun dan diselesaikan tepat waktu. Laporan Kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026 disusun dalam rangka memenuhi amanat Peraturan

Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang kemudian diatur secara teknis dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Laporan ini merupakan perwujudan pertanggungjawaban atas kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan selama periode semester I tahun 2026. Laporan ini diharapkan dapat memberikan gambaran secara utuh data/informasi seberapa jauh tingkat pencapaian target kinerja dan menjadi bahan evaluasi dan perencanaan ke depan untuk menjadi lebih baik sehingga target capaian indikator kinerja melalui rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 dapat tercapai. Demikian Laporan Kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan ini disusun agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 31 Juli 2026

Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan



Ockti Palupi Rahayuningtyas

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026 merupakan perwujudan pertanggungjawaban atas kinerja Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan beserta seluruh pemangku kepentingan, serta sebagai sumber informasi untuk perbaikan perencanaan dan peningkatan kinerja di masa mendatang. Rencana Strategis (Renstra) Tahun 2025-2029 dimana didalam renstra tersebut terdapat indikator sasaran strategis, indikator kinerja program dan indikator kinerja kegiatan. Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan telah memiliki Perjanjian Kinerja Tahun 2026. Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan menyusun LAKIP Tahun 2025 semester I menggunakan rancangan indikator kinerja kegiatan pada rancangan renstra kemenkes tahun 2025-2029, indikator tersebut antara lain. Jumlah Rumah Sakit Pemerintah yang memenuhi tingkat maturitas kemandirian sebesar 9 dari target 10 Rumah Sakit (90%) yang juga merupakan indikator RPJMN. Jumlah Rumah Sakit yang menyelenggarakan pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis rumah sakit telah tercapai sebesar 12 dari target 15 Rumah Sakit (80%). Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan (*center of excellence*) melalui kerjasama dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri telah tercapai 72 dari target 76 Rumah Sakit (94,74%). Pencapaian indikator Jumlah Rumah Sakit BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap telah mencapai yaitu sebesar 573 dari target 500 Rumah Sakit (114,6%). Indikator yang kelima yaitu Jumlah Rumah Sakit BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan telah tercapai sebesar 509 dari target 500 Rumah Sakit (101,8%). Indikator Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas tercapai sebesar 44% dari target 50% (88%). Serta tambahan satu Indikator Kinerja Direktif yaitu tata kelola RS seluruh Indonesia: Laporan Keuangan pada 8 RSUD Pronsi dan 50 RSUD Kabupaten/kota dengan nilai baik telah tercapai sebesar 91 dari target 100 (91%).

Indikator Kinerja Kegiatan tersebut merupakan indikator yang menunjang Pencapaian 3 Indikator Kinerja Program yang menjadi tanggungjawab Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan adalah yaitu 1) Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna (target 45%), 2) Persentase Faskes lanjutan yang

memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas (target 55%), 3) Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (target 90,64).

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian indikator kinerja kegiatan diantaranya adalah:

1) Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian

Kendala yang dihadapi pada saat proses pencapaian indikator ini diantaranya Pertama, ada beberapa elemen dalam instrumen maturity rating yang sangat sulit dicapai yaitu Aspek Keuangan Liquiditas (pengelolaan aset). Kedua RS Pemerintah mendapat amanah untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, walaupun dalam prakteknya pelayanan ini tidak mendatangkan keuntungan.

2) Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan

Dalam pencapaiannya, indikator ini juga menemui beberapa kendala. Pertama meskipun pada periode ini tercapai, ada potensi penurunan capaian jika ada 1 bulan saja RS tidak melaporkan capaian, karena seluruh bulan harus dilaporkan dan jika ada 1 saja bulan tidak melaporkan, akan diekslusi. Kedua secara trend jumlah kunjungan, kunjungan di semester I < semester II, sehingga tantangan pada Semester II akan lebih berat.

3) Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap

Permasalahan yang ditemukan pada saat pencapaian indikator ini masih sama dengan indikator pada poin 2. Pertama meskipun pada periode ini tercapai, ada potensi penurunan capaian jika ada 1 bulan saja RS tidak melaporkan capaian, karena seluruh bulan harus dilaporkan dan jika ada 1 saja bulan tidak melaporkan, akan diekslusi. Kedua secara trend jumlah kunjungan, kunjungan di semester I < semester II, sehingga tantangan pada Semester II akan lebih berat.

4) Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS

Permasalahan pada pencapaian indikator ini yaitu Rumah Sakit terkendala dalam penandatanganan perjanjian kerja sama dengan institusi pendidikan dan proses perizinan program studi di Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains dan Teknologi.

5) Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan/*center of excellence* melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri

Pada saat pencapaian indikator ini terdapat pertama Efisiensi anggaran yang terjadi saat ini membuat RS meninjau kembali Rencana Strategi Bisnis yang sudah disusun. Kedua pengembangan layanan unggulan melalui kerja sama luar negeri membutuhkan anggaran seperti pengiriman SDM ke luar negeri, proses penjajakan / negosiasi kerja sama sehingga RS Pemerintah memprioritaskan program kegiatan lain yang lebih mendesak dibandingkan dengan dengan kegiatan perjalanan dinas luar negeri. Ketiga pada RS Swasta, proses persetujuan sering memerlukan waktu lama karena harus melewati beberapa tahapan birokrasi-Banyak RS swasta belum memiliki unit khusus kerja sama internasional. Keempat, tugas monitoring dan evaluasi pelaksanaan program ini belum optimal. Kelima, kemenlu sebagai regulator kebijakan LN belum mengatur sepenuhnya terkait aturan pihak swasta untuk bermitra dengan luar negeri khususnya rumah sakit swasta.

- 6) Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas
Permasalahan pada pencapaian indikator ini yaitu pertama Belum seluruh PIC Provinsi/Kabupaten/Kota mengikuti sosialisasi pada Triwulan I. Kedua, Pada Triwulan III Tahun 2026 Workshop nasional yang direncanakan mengundang Dinkes Provinsi se-Indonesia menggunakan dana hibah, masih dalam proses persiapan. Ketiga, masih ada beberapa RS yang terkendala teknis saat melaporkan pada RS Online

Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan memiliki satu Indikator Kinerja Direktif Pimpinan yaitu Tata kelola RS seluruh Indonesia: Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/ Kota dengan nilai Baik dengan target 100 dan telah tercapai pada semester I yaitu 91 (91%). Kendala yang dihadapi yaitu sebagian RSUD belum melengkapi permintaan data RS Pembina dan masih dalam proses penyelesaian dan audit laporan keuangan serta verifikasi dokumen, sehingga belum seluruh target dapat dipenuhi pada TW II. Tindak lanjut yang dilakukan yaitu Melaksanakan pembinaan teknis, desk review, koordinasi dengan pemerintah daerah dan rumah sakit, monitoring berkala, serta pendampingan penyusunan laporan keuangan untuk mempercepat pemenuhan target pada triwulan berikutnya.

Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan memiliki total anggaran sebesar Rp. 22.852.400.000. Anggaran tersebut terdiri dari anggaran Pelayanan Kesehatan JKN (Yankes JKN) sebesar Rp. 22.852.400.000 serta anggaran Dukungan

Manajemen sebesar Rp.0.

Keberhasilan capaian indikator tidak terlepas dari upaya perencanaan kegiatan, ketersediaan anggaran, jadwal kegiatan, koordinasi teknis, keterlibatan pimpinan, sosialisasi, advokasi, monitoring, evaluasi, dan bimbingan teknis secara berkala dan berkesinambungan baik di pusat maupun di daerah dan dengan lintas sektor terkait. Laporan Kinerja ini diharapkan dapat menjadi evaluasi kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan sepanjang semester I tahun 2026 dan selanjutnya dapat menjadi acuan dalam pelaksanaan tugas dan fungsi di tahun anggaran berikutnya.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	ii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN	2
C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI.....	2
D. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI DAN ISU STRATEGIS YANG DIHADAPI.....	6
E. DASAR HUKUM	7
F. SISTEMATIKA	7
BAB II PERENCANAAN KINERJA	9
A. PERENCANAAN KINERJA	9
B. PERJANJIAN KINERJA	10
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	11
A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI	11
a. Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian	12
b. Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	20
c. Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	27
d. Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	34
e. Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	40
f. Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	46
g. Indikator Kinerja Direktif (IKD) Tahun 2026:	53
B. Sumber Daya Lainnya.....	60
1. Sumber Daya Manusia	60
A. Jumlah SDM.....	60
B. Data Laporan Usul Tahun 2026.....	63
C. Pegawai Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Yang melakukan <i>Assessment</i>	65
D. Jumlah Pegawai Yang Diusulkan Cuti	65
E. Jumlah Pegawai Yang Melakukan Pelaporan LHKPN dan LHKASN	66
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana	67
3. REALISASI ANGGARAN	69
A. Pencapaian Realisasi Anggaran Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan	69
B. Masalah dalam Realisasi Anggaran	69
C. Realisasi Anggaran per Indikator	70
BAB IV PENUTUP	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 1 Struktur Organisasi	4
Gambar 3 1 Jumlah Sumber Daya Manusia Dit. TKPKR Berdasarkan Status Kepegawaian	54
Gambar 3 2 Jumlah Sumber Daya Manusia Dit. TKPKR Berdasarkan Tingkat Pendidikan ...	54
Gambar 3 3 Jumlah Sumber Daya Manusia Dit. TKPKR Berdasarkan Jabatan.....	55
Gambar 3 4 Jumlah Sumber Daya Manusia Dit. TKPKR berdasarkan Tim Kerja	56
Gambar 3 5 Jumlah Pegawai yang Melakukan Cuti.....	59
Gambar 3 6 Jumlah Pegawai yang Telah Melaporkan LHKPN dan LHKASN.....	60

DAFTAR TABEL

Tabel 2 1 Sasaran Kegiatan dan Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan	9
Tabel 2 2 Perjanjian Kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun 2026	10
Tabel 3 1 Capaian IKK Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026	12
Tabel 3 2 Target dan Realisasi Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian.....	13
Tabel 3 3 Indikator Target Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian.....	15
Tabel 3 4 SWOT Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian....	16
Tabel 3 5 Analisis atas Efisiensi Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian.....	18
Tabel 3 6 Target dan Realisasi Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan /	21
Tabel 3 7 Indikator Target Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan	22
Tabel 3 8 SWOT Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	23
Tabel 3 9 Target dan Realisasi Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri.....	28
Tabel 3 10 Indikator Target Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	29
Tabel 3 11SWOT Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	31
Tabel 3 12 Analisis atas Efisiensi Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri ..	32
Tabel 3 13 Target dan Realisasi Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap.....	35
Tabel 3 14 Indikator Target Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	36
Tabel 3 15 SWOT Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	37
Tabel 3 16 Analisis atas Efisiensi Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap.....	39
Tabel 3 17 Target dan Realisasi Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan.....	41
Tabel 3 18 Indikator Target Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	42
Tabel 3 19 SWOT Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	43
Tabel 3 20 Analisis atas Efisiensi Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan.....	45
Tabel 3 21 Target dan Realisasi Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	48
Tabel 3 22 Indikator Target Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	49
Tabel 3 23 SWOT Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas.....	50
Tabel 3 24 Analisis atas Efisiensi Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas.....	52
Tabel 3 25 Pagu Anggaran dan Realisasi per 30 Juni 2026	62
Tabel 3 26 Tabel Realisasi Anggaran per Indikator	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan, dalam menjalankan tugas dan fungsinya berusaha melaksanakan sistem kerja pemerintahan secara bijaksana, akuntabel, transparan, efektif dan efisien. Laporan Kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan disusun berdasarkan Perjanjian Kinerja tahun 2026 yang sasaran kegiatannya adalah menguatnya tata kelola Rumah Sakit. Pengukuran kinerja untuk sasaran kegiatan tersebut terdiri dari 6 (enam) Indikator Kinerja Kegiatan, 1 (satu) diantaranya adalah indikator RPJMN, yaitu:

1. Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian (RPJMN)
2. Jumlah RS yang Menyelenggarakan Pendidikan Spesialis dan / Sub Spesialis Berbasis RS
3. Jumlah RS yang Mengembangkan Layanan Unggulan/Centre of Excellent Melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri
4. Jumlah RS BLU dan BLUD yang Sudah Memiliki Ketepatan Waktu Visite Dokter Pelayanan Rawat Inap
5. Persentase Rumah Sakit Memberikan Layanan Ramah Penyandang Disabilitas
6. Jumlah RS BLU dan BLUD yang Sudah Memiliki Ketepatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan

Indikator dukungan Manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya terdapat 4 indikator, yaitu :

- Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
- Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan
- Indeks Kualitas SDM Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan
- Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan
- Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
- Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan

Berdasarkan Perjanjian Kinerja laporan kinerja ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan atas pelaksanaan tugas dan fungsi selama semester I tahun anggaran 2026. Disamping

itu merupakan pelaksanaan amanat peraturan perundang- undangan terkait, yaitu 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 Negara 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 Tata Kelola Pelayanan Kesehatan pada tahun anggaran berikutnya.

B. TUJUAN

Tujuan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan, yaitu :

1. Sebagai laporan pertanggungjawaban kegiatan dan anggaran semester Itahun 2026.
2. Sebagai bahan evaluasi pelaksanaan kegiatan yang dianggarkan oleh DIPA tahun 2026.
3. Sebagai bahan penyusunan rencana program dan kegiatan pada tahun berikutnya.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan merupakan direktorat baru sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 17 Tahun 2025 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan merupakan unit kerja dibawah Direkorat Kesehatan Lanjutan dan bertanggung jawab langsung kepada Menteri Kesehatan.

Berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 17 Tahun 2025 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria, pemberian bimbingan teknis dan supervisi, evaluasi dan pelaporan di bidang tata kelola pelayanan kesehatan rujukan.

Dalam melaksanakan tugas tersebut Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan menyelenggarakan fungsi :

1. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang pengelolaan pelayanan kesehatan

- rujukan dan pengampuan dan wahana rumah sakit pendidikan;
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan pelayanan kesehatan rujukan dan wahana rumah sakit pendidikan;
 3. Penyiapan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang pengelolaan pelayanan kesehatan rujukan dan pengampuan rumah sakit dan wahana rumah sakit pendidikan;
 4. Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang pengelolaan pelayanan kesehatan rujukan dan pengampuan rumah sakit dan wahana rumah sakit pendidikan;
 5. Pemantauan, analisis, evaluasi dan pelaporan; dan
 6. Pelaksanaan urusan administrasi Direktorat.

Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan dipimpin oleh Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan. Serta berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2024 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan tentang Uraian Tugas dan Fungsi Organisasi Kemenkes dan Pembentukan Tim Kerja dalam Pelaksanaan Tusi Organisasi BAB VII, tugas Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Lanjutan yaitu melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, pemberian bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan di bidang tata kelola pelayanan kesehatan rujukan. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan menyelenggarakan fungsi:

- a) penyiapan perumusan kebijakan di bidang tata kelola pelayanan kesehatan rujukan dan wahana rumah sakit pendidikan;
- b) pelaksanaan kebijakan di bidang tata kelola pelayanan kesehatan rujukan dan wahana rumah sakit pendidikan;
- c) penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang tata kelola pelayanan kesehatan rujukan dan wahana rumah sakit pendidikan;
- d) pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang tata kelola pelayanan kesehatan rujukan dan wahana rumah sakit pendidikan;
- e) pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan; dan
- f) pelaksanaan urusan administrasi direktorat.

Susunan organisasi Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan terdiri atas jabatan fungsional dan jabatan pelaksana.

Adapun struktur organisasi Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan dapat dilihat pada gambar



Gambar 1 1 Struktur Organisasi

Susunan organisasi berdasarkan Keputusan Direktur Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan terdiri dari 5 (lima) Tim Kerja dan Jabatan Fungsional yaitu :

1. Tim Kerja Tata Kelola RS Badan Layanan Umum, tugas dan fungsi tim kerja :
 - 1) Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional (MKKO) per bulan
 - 2) Monitoring Kinerja Dewan Pengawas per semester
 - 3) Konsolidasi Obat dan BMHP per semester
 - 4) Konsolidasi Deposito RS BLU Kemenkes
 - 5) Penyusunan Laporan Keuangan Sistem Akutansi Keuangan RS BLU
 - 6) Monitoring Keuangan dan Operasional RS BLU di Luar Kemenkes
 - 7) Memfasilitasi Penggunaan Fasilitator untuk Pembangunan RS Kemenkes
 - 8) Bertanggungjawab dalam implementasi Enterprise Resource Planning di Seluruh Kemenkes
 - 9) Melakukan koordinasi antar tim kerja
2. Tim Kerja Tata Kelola Pelayanan Rumah Sakit, tugas dan fungsi tim kerja :
 - 1) Monitoring Produktifitas RS Kemenkes
 - 2) Monitoring Implementasi Transformasi RS Kemenkes
 - 3) Menilai Capaian *Key Performance Indicator* (KPI) RS Kemenkes
 - 4) Monitoring Implementasi Remunerasi
 - 5) Melakukan sosialisasi dan edukasi kinerja pelayanan kepada seluruh RS di Indonesia

- 6) Monitoring implementasi RME di seluruh RS di Indonesia
 - 7) Monitoring Fasilitas Ramah Disabilitas di seluruh RS di Indonesia
 - 8) Melakukan Pemantauan dan Evaluasi Pelaksanaan Tugas Tim Kerja
3. Tim Kerja Tata Kelola RS Pendidikan, tugas dan fungsi tim kerja :
- 1) Melakukan verifikasi Izin RS Pendidikan dan RS Pendidikan Penyelenggara Utama (RSPPU)
 - 2) Melakukan Verifikasi Standar Clinical Research Unit (CRU) seluruh Indonesia
 - 3) Memfasilitasi Proses Kerjasama dan Sister HospitalMemfasilitasi Center Of excellent Yang Mendukung Pelayanan dan Pendidikan
 - 4) Monitoring Upaya Pencegahan dan Penanganan Bullying di Seluruh RS Pendidikan di Indonesia
 - 5) Melakukan Pemantauan dan Evaluasi Pelaksanaan Tugas Tim Kerja
4. Tim Kerja Tata Kelola JKN RS, tugas dan fungsi tim kerja :
- 1) Monitoring Pelayanan JKN di RS
 - 2) Memfasilitasi dan Melakukan Monitoring Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di RS
 - 3) Memfasilitasi Persoalan Klaim JKN di RS
 - 4) Melakukan komunikasi Kepada Seluruh Stake Holder Untuk Perbaikan Layanan JKN di RS
 - 5) Menyusun Unit Cost Pelayanan RS di Seluruh Indonesia
 - 6) Melakukan Pemantauan dan Evaluasi Pelaksanaan Tugas Tim Kerja
5. Tim Kerja Dukungan Manajemen, tugas dan fungsi tim kerja :
- 1) Melakukan Perencanaan Kegiatan dan Anggaran Direktorat
 - 2) Monitoring Realisasi Kegiatan dan Capaian Target ISS, IKP dan IKK yang menjadi tanggungjawab Direktorat
 - 3) Monitoring realisasi Penyerapan Anggaran
 - 4) Menyusun Pelaporan Keuangan dan BMN Direktorat
 - 5) Melakukan koordinasi penyelenggaraan sosialisasi Masyarakat dengan Anggota DPR
 - 6) Menyusun LAKIP
 - 7) Memfasilitasi Seluruh Kegiatan Yang Berhubungan Dengan Administrasi Kepegawaian
 - 8) Pengelolaan Data dan Informasi
 - 9) Melaksanakan Tata Kelola Arsip Direktorat
 - 10) Memfasilitasi Pemeriksaan BPK
 - 11) Memfasilitasi Kebutuhan Direktorat dan Pimpinan.

D. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI DAN ISU STRATEGIS YANG DIHADAPI

Terdapat satu program Prioritas Nasional RPJMN di lingkungan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan yang menjadi indikator kinerja kegiatan di lingkungan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan, yaitu RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian.

Isu strategis yang dihadapi dari aspek RS Pemerintah yang memenuhi tingkat maturitas kemandirian antara lain transformasi layanan rujukan dilakukan dengan peningkatan akses dan mutu pelayanan rumah sakit, sehingga akan mempermudah masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Adapun strategi yang diambil dari isu tersebut adalah pembinaan keuangan, kepegawaian, dan operasional RS.

Selain itu, terdapat 6 (enam) Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang berada di lingkungan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan, berikut beserta isu strategis dan aspek strategisnya:

1. Isu strategis yang dihadapi dari aspek RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian yaitu ada beberapa elemen dalam instrumen maturity rating yang sangat sulit dicapai yaitu Aspek Keuangan Liquiditas. Selain itu penilaian dilakukan PPK BLU di TW 3.
2. Isu strategis yang dihadapi dari aspek Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS yaitu Membutuhkan kesepakatan antar pimpinan Kemenkes dan Kemendikti terkait pembukaan program studi baru di Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama
3. Isu strategis yang dihadapi dari aspek Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri yaitu Efisiensi anggaran yang terjadi saat ini membuat RS meninjau kembali Rencana Strategi Bisnis yang sudah disusun. Pengembangan layanan unggulan melalui kerjasama luar negeri membutuhkan anggaran seperti pengiriman SDM ke luar negeri, proses penjajakan / negosiasi kerjasama sehingga RS Pemerintah memilih program kegiatan lain yang lebih prioritas dibandingkan dengan kegiatan PDLN.
4. Isu strategis yang dihadapi dari aspek Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap yaitu Keterbatasan jumlah dokter menyebabkan pelayanan harus dibagi antara rawat jalan dan rawat

inap sehingga memengaruhi ketepatan waktu pelayanan.

5. Isu strategis yang dihadapi dari aspek Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas adalah masih ada beberapa RS yang terkendala teknis saat melaporkan pada RS Online .
6. Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan yaitu Keterbatasan jumlah dokter menyebabkan pelayanan harus dibagi antara rawat jalan dan rawat inap sehingga memengaruhi ketepatan waktu pelayanan.

E. DASAR HUKUM

1. Peraturan Presiden RI Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024;Permenpan dan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416 Tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan 17 Tahun 2025 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024; dan
5. Keputusan Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan No. HK.02.03/D.IV/1001/2025 tentang Tim Pelaksana Tugas di Lingkungan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan

F. SISTEMATIKA

Mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, format penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah adalah sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan

Bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek

strategis organisasi serta permasalahan utama yang sedang dihadapi oleh Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan.

BAB II Perencanaan Kinerja

Bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026.

BAB III Akuntabilitas Kinerja

- Capaian Kinerja Organisasi: Sub Bab ini membahas mengenai pencapaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi.
- Realisasi Anggaran: Sub Bab ini membahas mengenai realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dokumen perjanjian kinerja.
- Sumber Daya Lainnya: Sub Bab ini membahas mengenai sumber daya lainnya selain yang telah dibahas pada bagian sebelumnya seperti sumber daya manusia dan sumber daya sarana prasarana.

BAB IV Penutup

Bab ini menguraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang untuk meningkatkan kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Lampiran

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN 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 Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2026, sebagaimana telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029, Pembinaan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan memiliki tanggungjawab capaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK).

Tabel 2 1 Sasaran Kegiatan dan Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan	Target				
			2025	2026	2027	2028	2029
1	Menguatnya Tata kelola Rumah Sakit	1 Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian	5	10	20	25	30
		2 Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	10	15	25	35	45
		3 Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	68	76	84	92	100
		4 Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	450	500	550	600	650
		5 Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	40%	50%	60%	70%	80%
		6 Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	450	500	550	600	650

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 mempresentasikan tekad dan janji untuk mencapai kinerja yang jelas dan terukur dalam rentang waktu satu tahun dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya. Perjanjian Kinerja Tahun 2026 Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan :

Tabel 2 2 Perjanjian Kinerja Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun 2026

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan		Target 2026
1	Menguatnya Tata Kelola Rumah Sakit	1	Jumlah RS yang menyelenggarakan pendidikan spesialis dan/ atau sub spesialis berbasis RS	15 RS
		2	Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	76 RS
		3	Jumlah RS Pemerintah yang memenuhi tingkat maturitas kemandirian	10 RS
		4	Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	50%
		5	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	500
		6	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	500
No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Direktif		Target 2026
			Tatakelola RS seluruh Indonesia: Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/ Kota dengan nilai Baik	100%

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Tahun 2025 merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator kegiatan 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.

Program Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan

Untuk mendukung peningkatan pelayanan kesehatan lanjutan maka sasaran kegiatan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan adalah menguatnya tata kelola rumah sakit. Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025 - 2029 adalah :

Terdapat Pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026 sebagai berikut:

1. Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian
2. Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS
3. Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri
4. Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap
5. Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan
6. Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas

Terdapat Pencapaian Indikator Kinerja Direktif Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026 sebagai berikut:

1. Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik

Tabel 3 1 Capaian IKK Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN				
	Indikator	Target	Realisasi II	Persentase (%)
	Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian	10	9	90%
	Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	15	12	80%
	Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	76	72	94,74%
	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	500	573	114,60%
	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	500	509	101,80%
	Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	50	44	88%

INDIKATOR KINERJA DIREKTIF				
	Indikator	Target	Realisasi II	Persentase (%)
	Tata kelola RS seluruh Indonesia: Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/ Kota dengan nilai Baik	100%	91	91%

Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Semester I Tahun 2026 :

a. Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian

Indikator ini merupakan bagian dari upaya pemerintah dalam memastikan tersedianya

pelayanan kesehatan yang layak dan bermutu bagi masyarakat. Hal ini sejalan dengan amanat UUD 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, serta bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Undang Undang Dasar No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.

Dalam implementasinya, indikator ini berfungsi sebagai tolok ukur strategis yang dirancang untuk mengevaluasi sejauh mana Rumah Sakit berstatus Badan Layanan Umum (BLU) mampu menyeimbangkan tata kelola keuangan yang mandiri dengan pemenuhan kualitas pelayanan kesehatan publik. Pencapaian tingkat maturitas ini merepresentasikan keberhasilan transformasi kelembagaan RS Pemerintah dalam menyelenggarakan operasional yang efisien, inovatif, dan akuntabel. Keberhasilan mencapai standar ini membuktikan bahwa institusi fasyankes mampu beroperasi dengan kemandirian finansial yang tangguh, tanpa sedikit pun mengesampingkan komitmen utamanya terhadap fungsi *Public Service Obligation* (PSO) atau kewajiban pelayanan sosial universal.

1) Definisi Operasional

RS BLU milik Pemerintah yang mencapai rata-rata setiap aspek level 4 dalam penilaian maturitas BLU untuk semua aspek maturity rating.

2) Cara Perhitungan

Jumlah RS BLU milik Pemerintah yang mencapai rata-rata setiap aspek level 4 dalam penilaian maturitas BLU untuk semua aspek maturity rating.

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3 2 Target dan Realisasi Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian

	Indikator Target	Target 2026	Realisasi TW 2 2026	Capaian 2026 TW 2
	Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian	10	9	90%

Pada tahun 2026, target indikator ini ditetapkan sebanyak 10 Rumah Sakit. Hingga capaian Triwulan II, realisasi yang tercatat adalah 9 Rumah Sakit (90%). Jika ditarik tren dari beberapa tahun terakhir, kinerja kemandirian RS Pemerintah menunjukkan kurva pertumbuhan yang positif dan konsisten, di mana rumah sakit yang memenuhi standar terus bertambah setiap tahunnya hingga mencapai 9 RS pada akhir tahun 2025.

Pada tahun 2026 ini, pertumbuhan angka resmi mengalami stagnasi bukan karena penurunan kinerja dari Rumah Sakit, melainkan akibat faktor administratif eksternal. Adanya Surat Direktur Pembinaan Pengelolaan Keuangan BLU Kementerian Keuangan Nomor S-48/PB.5/2026 menetapkan penundaan pelaksanaan Self-Assessment BLU SMART dan mewajibkan penggunaan skor tahun sebelumnya (2025). Secara administratif, angka realisasi tertahan di angka 9. Meskipun demikian, secara faktual dan operasional internal, kinerja kualitas dan maturitas RS terus mengalami peningkatan sejalan dengan intervensi dan pembinaan yang terus berjalan.

- 4) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Indikator ini mulai diimplementasikan sebagai indikator kinerja dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Oleh karena itu, data tahun 2025 menjadi dasar pembanding untuk menilai perkembangan capaian kinerja Tahun 2026.

Pada Tahun 2025, target indikator ditetapkan sebesar 5 rumah sakit dengan realisasi 9 rumah sakit (180%). Sementara itu, sampai dengan Triwulan II Tahun 2026, target meningkat menjadi 10 rumah sakit dan realisasi tetap hanya mencapai 9 rumah sakit.

Jika membandingkan capaian kinerja tahun ini dengan tren beberapa tahun terakhir, indikator maturitas kemandirian RS Pemerintah sejatinya menunjukkan kurva pertumbuhan yang sangat progresif. Rincian perkembangan capaian historis tersebut adalah sebagai berikut:

- Tahun 2023: 1 RS memenuhi tingkat maturitas kemandirian Level 4.
- Tahun 2024: Mengalami peningkatan menjadi 3 RS.
- Tahun 2025: Terjadi lonjakan capaian yang signifikan menjadi 9 RS.

- Tahun 2026 (Triwulan II): Realisasi tercatat 9 RS dari target 10 RS.

Peningkatan dari 1 rumah sakit pada tahun 2023 menjadi 9 rumah sakit pada tahun 2025 mencerminkan keberhasilan pembinaan tata kelola BLU yang dilakukan secara berkelanjutan.

Walaupun capaian tahun 2026 masih tercatat sebanyak 9 rumah sakit, kondisi tersebut lebih disebabkan oleh kebijakan penundaan penilaian BLU SMART, bukan karena menurunnya performa rumah sakit.

Sebagai tindak lanjut, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan tetap menerbitkan Surat Edaran Nomor TK.04.01/D/2885/2026 tentang Pelaksanaan Self-Assessment Tingkat Maturitas Rumah Sakit BLU Tahun 2026 agar seluruh rumah sakit tetap melakukan evaluasi mandiri sebagai dasar pembinaan dan persiapan ketika sistem BLU SMART kembali diberlakukan.

- 5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

Tabel 3.3 Indikator Target Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian

	Indikator Target	Target				Capaian 2026
		2026	2027	2028	2029	
	Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian	10	20	25	30	9

Pada tahun 2026, target indikator Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian ditetapkan sebanyak 10 rumah sakit, yaitu rumah sakit pemerintah yang telah mencapai rata-rata Level 4 pada seluruh aspek penilaian maturitas BLU (maturity rating). Hingga akhir tahun 2026, realisasi indikator mencapai 9 rumah sakit atau 90% dari target. Capaian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit sasaran telah memenuhi tingkat maturitas yang ditetapkan, namun masih terdapat satu rumah sakit yang belum mencapai rata-rata

Level 4 pada seluruh aspek penilaian. Kondisi ini mengindikasikan perlunya penguatan implementasi tata kelola BLU melalui pendampingan teknis, monitoring, dan evaluasi berkelanjutan agar rumah sakit yang belum memenuhi standar dapat meningkatkan tingkat maturitasnya. Capaian tahun 2026 menjadi landasan penting dalam mendukung pencapaian target jangka menengah, yaitu 20 rumah sakit pada tahun 2027, 25 rumah sakit pada tahun 2028, dan 30 rumah sakit pada tahun 2029.

- 6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)
Pencapaian dan target indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan standar nasional, karena tidak terdapat standar nasional.
- 7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan
Berikut analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan maupun kegagalan, serta peningkatan atau penurunan kinerja dalam pelaksanaan program. Analisis melalui pendekatan SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats).

Tabel 3 4 SWOT Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian

Aspek	Analisis
Strengths (Kekuatan)	Direktorat telah memiliki komitmen yang kuat dalam meningkatkan maturitas kemandirian RS BLU melalui penyusunan Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit sebagai acuan implementasi. Selain itu, pelaksanaan rapat koordinasi, pembinaan, serta monitoring dan evaluasi secara hybrid memungkinkan pembinaan menjangkau lebih banyak rumah sakit secara efektif dan efisien. Dukungan anggaran sebesar Rp232.310.000,- juga menjadi modal penting dalam pelaksanaan program pembinaan sehingga capaian indikator berhasil mencapai 90% dari target tahun 2026.

Weakness (Kelemahan)	Masih terdapat variasi tingkat kesiapan dan kapasitas rumah sakit dalam memenuhi seluruh aspek penilaian maturitas BLU. Beberapa rumah sakit belum mampu mencapai rata-rata Level 4 karena masih terdapat kelemahan pada aspek tata kelola organisasi, pengelolaan keuangan, manajemen SDM, maupun pemenuhan dokumen pendukung. Pendampingan yang diberikan juga belum sepenuhnya mampu mengakomodasi kebutuhan spesifik masing-masing rumah sakit sehingga masih terdapat satu rumah sakit yang belum memenuhi target indikator.
Opportunities (Peluang)	Terdapat peluang untuk meningkatkan capaian melalui penguatan kebijakan transformasi sistem kesehatan dan pengembangan tata kelola rumah sakit yang menjadi prioritas Kementerian Kesehatan. Pemanfaatan teknologi informasi memungkinkan pembinaan dan monitoring dilakukan secara lebih intensif tanpa terbatas lokasi. Selain itu, meningkatnya komitmen pemerintah daerah dan manajemen rumah sakit dalam meningkatkan kualitas tata kelola BLU dapat mempercepat pencapaian target jangka menengah hingga 30 rumah sakit pada tahun 2029.
Threats (Ancaman)	Pencapaian indikator masih dipengaruhi oleh faktor eksternal, seperti perbedaan kapasitas sumber daya manusia, komitmen pimpinan rumah sakit, dukungan pemerintah daerah, serta keterbatasan anggaran operasional di masing-masing rumah sakit. Tingginya rotasi pejabat dan tenaga pengelola BLU juga berpotensi menghambat keberlanjutan implementasi tata kelola yang telah dibangun. Apabila tindak lanjut atas hasil monitoring dan evaluasi tidak dilaksanakan secara konsisten oleh rumah sakit, maka pencapaian target tahun-tahun berikutnya dapat terhambat.

Berdasarkan hasil analisis SWOT, strategi yang perlu diterapkan adalah memanfaatkan kekuatan yang telah dimiliki, yaitu pedoman tata kelola, mekanisme pembinaan, serta dukungan anggaran, untuk menangkap peluang berupa komitmen transformasi sistem kesehatan dan pemanfaatan teknologi digital. Di sisi lain, kelemahan berupa belum meratanya kapasitas rumah sakit perlu diatasi melalui pendampingan yang lebih intensif dan berbasis kebutuhan (*tailored coaching*), peningkatan kompetensi pengelola BLU, serta monitoring dan evaluasi yang lebih terstruktur. Selain itu, diperlukan penguatan koordinasi dengan pemerintah daerah dan pimpinan rumah sakit untuk memitigasi ancaman yang berasal dari keterbatasan sumber daya, perubahan organisasi, dan rendahnya keberlanjutan implementasi tata kelola. Strategi tersebut diharapkan dapat mempercepat pencapaian target jangka menengah sebanyak 30 RS Pemerintah yang memenuhi tingkat maturitas kemandirian pada tahun 2029.

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Tabel 3.5 Analisis atas Efisiensi Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian	Rp 232.310.000	-	Rp 84.209.160

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator jumlah RS pemerintah yang memenuhi tingkat maturitas kemandirian pada tahun 2026 sebesar Rp. 232.310.000,- pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut

- a) Melakukan penyusunan Pedoman Tata Kelola RS secara daring
- b) Melakukan rapat koordinasi secara hybrid (daring dan luring)
- c) Melakukan Pembinaan RS secara hybrid (daring dan luring)
- d) Melakukan monitoring dan evaluasi RS

9) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

a) Kegiatan yang telah dilaksanakan

- Menyusun Pedoman Penyelenggaraan Operasional RS BLU Pemerintah
- Melaksanakan Bimbingan dan/atau Monitoring dan Evaluasi Kinerja terkait lingkup Maturity Rating pada RS BLU Vertikal Kemenkes, RS BLU TNI, RS BLU Polri dan atau RS BLU milik pemerintah lainnya.
- Melaksanakan Bimbingan dan/atau Monitoring dan Evaluasi Kinerja terkait lingkup Tata Kelola Keuangan pada Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah (RSUD)
- Melaksanakan pemetaan kondisi keuangan rumah sakit melalui analisis laporan keuangan, termasuk indikator EBITDA Margin, likuiditas, efisiensi biaya operasional, struktur pendapatan, piutang, dan solvabilitas.
- Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap implementasi rencana aksi melalui pertemuan daring maupun kunjungan lapangan untuk memastikan perbaikan indikator keuangan.
- Melakukan koordinasi dengan Kementerian Keuangan dalam percepatan implementasi indikator tingkat maturitas RS BLU Pemerintah.
- Menyusun dashboard monitoring indikator keuangan rumah sakit sebagai instrumen pemantauan capaian pembinaan dan dasar pengambilan keputusan manajemen.

b) Kegiatan yang belum dilaksanakan atau perlu ditingkatkan

1. Berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan dalam memberikan bimbingan teknis pada saat sistem BLU SMART kembali diimplementasikan dengan indikator terbaru.
2. Memperluas cakupan bimbingan teknis lanjutan yang berfokus pada strategi *cost-recovery*, efisiensi operasional, dan percepatan siklus pencairan piutang pelayanan kesehatan tanpa mengurangi mutu layanan.
3. Membangun sistem pemantauan digital yang terintegrasi untuk mendeteksi tren pergerakan skor maturitas dan rasio keuangan setiap triwulan secara *real-time* guna mempercepat langkah intervensi pembinaan.
4. Mengembangkan platform pengarsipan dokumen evaluasi (*evidence base*)

berbasis digital di tingkat direktorat guna mempercepat proses verifikasi asesi pada saat sistem BLU SMART kembali diimplementasikan.

b. Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS

Indikator “Jumlah RS yang menyelenggarakan pendidikan dokter spesialis dan/atau subspesialis berbasis rumah sakit” merupakan bagian dari upaya pemerintah mempercepat pemenuhan dan pemerataan dokter spesialis dan subspesialis di Indonesia. Upaya tersebut sejalan dengan Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 mengenai hak masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan dan tanggung jawab negara menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Selain itu, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memberikan landasan bagi rumah sakit pendidikan untuk menyelenggarakan program pendidikan dokter spesialis dan subspesialis.

Pendidikan dokter spesialis dan/atau subspesialis berbasis rumah sakit atau *hospital-based specialist training* menempatkan Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSPPU) sebagai pusat penyelenggaraan pendidikan klinis. Program ini dikembangkan sebagai jalur tambahan untuk meningkatkan kapasitas pendidikan dokter spesialis tanpa mengurangi standar mutu dan kompetensi lulusan. Pendidikan tetap dilaksanakan berdasarkan standar kompetensi yang ditetapkan oleh kolegium serta melibatkan perguruan tinggi, rumah sakit jejaring, wahana pendidikan, dan pemangku kepentingan lainnya. Program tersebut juga mengintegrasikan pelayanan, pendidikan, dan penelitian sesuai kebutuhan sistem kesehatan.

Rumah sakit yang menyelenggarakan program ini harus memenuhi standar manajemen dan administrasi pendidikan, memiliki Unit Fungsional Pendidikan, pendidik klinis yang kompeten, kurikulum dan sistem penilaian, jumlah serta variasi kasus yang mencukupi, sarana-prasarana pendidikan, sistem supervisi, perlindungan peserta didik, dan mekanisme penjaminan mutu. Pemenuhan persyaratan dinilai melalui verifikasi dokumen dan verifikasi lapangan sebelum rumah sakit memperoleh penetapan. Ketentuan tersebut diatur lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 14 tahun 2024 tentang Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama yang selanjutnya diatur lebih detail pada

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/57/2026 tentang Pedoman Penetapan RSPPU, Jejaring Rumah Sakit, dan Wahana Pendidikan.

Capaian indikator ini menjadi salah satu tolak ukur keberhasilan transformasi sumber daya manusia kesehatan dan pelayanan kesehatan rujukan. Semakin banyak rumah sakit yang mampu menyelenggarakan pendidikan spesialis dan subspesialis, semakin besar kapasitas Indonesia menghasilkan dokter spesialis yang kompeten dan mendistribusikannya sesuai kebutuhan wilayah. Pada akhirnya, program ini diharapkan dapat mengurangi kesenjangan tenaga spesialis, memperkuat layanan rujukan, memperpendek waktu tunggu dan jarak rujukan pasien, serta meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan spesialistik dan subspesialistik yang bermutu.

1) Definisi Operasional

Jumlah RS yang menyelenggarakan pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS (Hospital Based)

2) Cara Perhitungan

Jumlah RS yang telah memiliki SK Penetapan Menteri Kesehatan sebagai rumah sakit pendidikan dan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSP-PU)

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3 6 Target dan Realisasi Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS

	Indikator Target	Target 2026	Realisasi TW 2 2026	Capaian 2026 TW 2
	Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	15	12	80%

Pada tahun 2026, target jumlah rumah sakit yang menyelenggarakan pendidikan dokter spesialis dan/atau subspesialis berbasis rumah sakit ditetapkan sebanyak 15 RS. Sampai dengan Triwulan II tahun 2026, realisasi kumulatif telah mencapai 12 RS, sehingga target tahun 2026 kurang 3 RS. Apabila dinyatakan dalam persentase, capaian kinerja mencapai 80% dari target.

Capaian tersebut didukung oleh percepatan implementasi pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit, peningkatan kesiapan dan komitmen rumah sakit, penguatan koordinasi dengan perguruan tinggi mitra dan pemangku kepentingan, serta pelaksanaan pembinaan, verifikasi, dan penetapan rumah sakit penyelenggara secara intensif.

- 4) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Kementerian Kesehatan telah menyusun dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 dimana Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS merupakan bagian dari salah indikator kinerja baru untuk mengukur tingkat keberhasilan program. Pada tahun 2025, Pada tahun 2026, jumlah kumulatif rumah sakit yang menyelenggarakan pendidikan dokter spesialis dan/atau subspesialis berbasis rumah sakit mencapai 12 RS dari target 15 RS. Tahun 2025 yang mencapai 10 RS dari target 10 RS.

- 5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

Tabel 3 7 Indikator Target Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS

	Indikator Target	Target				Capaian 2026
		2026	2027	2028	2029	

Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	15	25	35	45	80%
---	----	----	----	----	-----

Pada tahun 2026, jumlah kumulatif rumah sakit yang menyelenggarakan pendidikan dokter spesialis dan/atau subspesialis berbasis rumah sakit mencapai 12 RS dari target 15 RS, atau 80%. Dibandingkan tahun 2025 yang mencapai 8 RS dari target 10 RS (80%).

6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)

Pencapaian dan target indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan standar nasional, karena tidak terdapat standar nasional.

7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Berikut analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan maupun kegagalan, serta peningkatan atau penurunan kinerja dalam pelaksanaan program. Analisis melalui pendekatan SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*).

Tabel 3 8 SWOT Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS

<i>Strength</i> (Kekuatan)	<i>Opportunity</i> (Peluang)
1. Adanya dukungan kebijakan pemerintah dalam percepatan pemenuhan	1.Dukungan kementerian/lembaga, pemerintah daerah, kolegium,

dokter spesialis, yaitu: a. UU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan; b. Permenkes No. 14 tahun 2024 tentang RSPPU c. KMK No. HK.01.07/MENKES/57/2026 tentang Pedoman Penetapan RSPPU, Jejaring Rumah Sakit, dan Wahana Pendidikan 2. Adanya komitmen dan antusiasme rumah sakit yang semakin tinggi untuk menjadi RSPPU; 3. tersedianya SDM pendidik klinis, sarana, prasarana, dan variasi kasus di rumah sakit; serta pembinaan, pendampingan, dan bantuan dari berbagai <i>stake holder</i> 4. verifikasi calon RSPPU yang dilakukan secara intensif.	dan institusi pendidikan; 2. Tingginya kebutuhan dokter spesialis dan subspesialis di berbagai daerah, khususnya pada DTPK; 3. perluasan rumah sakit jejaring pendidikan; . 4. pemanfaatan sistem informasi RS Pendidikan untuk mempercepat pengusulan dan pemantauan proses penetapan RSPPU.
--	--

<i>Weakness</i> (Kelemahan)	<i>Threat</i> (Ancaman)
1. Kesiapan rumah sakit belum merata, terutama terkait jumlah pendidik klinis, sarana prasarana pendidikan, tata kelola,	1. Perbedaan kapasitas dan kesiapan antarwilayah; 2. keterbatasan pendidik klinis dan pembiayaan; antara kapasitas rumah sakit dan jumlah peserta

pembiayaan, dan pemenuhan dokumen persyaratan. 2. belum optimalnya koordinasi antara rumah sakit dan institusi pendidikan 3. Belum ada regulasi terkait akreditasi RSPPU dari LAMPT-Kes	didik. 3. perubahan regulasi; 4. proses pemenuhan persyaratan yang melibatkan banyak pihak;
--	--

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	Rp74,507,000	0	37,212,012 (49.94 %)

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS sebesar 74,507,000 dengan realisasi sebesar 37,212,012 (49.94 %). Pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut

- a) Koordinasi penyelenggaraan RSPPU
- b) Melakukan monitoring dan evaluasi RSPPU
- c) Penyusunan regulasi terkait penetapan RSPPU.

Sebagian besar anggaran yang belum direalisasikan merupakan alokasi anggaran untuk kegiatan *workshop* (Rp31,341,000) yang rencananya akan dilaksanakan pada akhir tahun 2026.

9) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

1) Kegiatan yang telah dilaksanakan

- Sosialisasi Pedoman terkait RSPPU dan SIRS sebagai acuan dalam penyelenggaraan RSPPU.
- Pembinaan teknis rumah sakit penyelenggara pendidikan utama sebagai penyelenggara program PPDS dengan meningkatkan pemahaman dan kesiapan rumah sakit dalam memenuhi persyaratan penyelenggaraan pendidikan berbasis rumah sakit.
- Orientasi pusat PPDS berbasis rumah sakit sehingga dapat memberikan pemahaman awal kepada peserta dan pengelola mengenai kebijakan, tata kelola, serta pelaksanaan pendidikan PPDS berbasis rumah sakit.
- Pertemuan koordinasi antara perguruan tinggi mitra dan RSPPU agar dapat memperkuat pembagian peran, tanggung jawab, kurikulum, pendidik klinis, serta tata kelola kerja sama antara rumah sakit dan perguruan tinggi.
- Verifikasi lapangan RSPPU agar dapat memastikan kesesuaian dokumen dengan kondisi RS.
- Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap implementasi rencana aksi melalui pertemuan daring maupun kunjungan lapangan untuk memastikan keberlanjutan program RSPPU.
- Melakukan koordinasi dengan kementerian/lembaga, pemerintah daerah, kolegium, dan institusi pendidikan;

2) Kegiatan yang belum dilaksanakan atau perlu ditingkatkan

- *Workshop* dalam rangka peningkatan kualitas RSPPU sebagai penyelenggara program PPDS
- Pemetaan kesenjangan kesiapan masing-masing rumah sakit dengan Membuat instrumen pemetaan yang mencakup pendidik klinis, sarana, variasi kasus, pembiayaan, kurikulum, tata kelola, dan jejaring pendidikan.
- Pendampingan khusus bagi RS yang penetapannya masih tertunda dengan menetapkan daftar kekurangan, penanggung jawab, batas

waktu, serta pemantauan tindak lanjut untuk setiap rumah sakit.

- Implementasi dan evaluasi penggunaan e-logbook secara menyeluruh dengan memastikan seluruh program menggunakan e-logbook serta melakukan evaluasi kepatuhan, kualitas supervisi, dan pencapaian kompetensi peserta.
- Monitoring pascapenetapan rumah sakit dengan melakukan pemantauan berkala untuk memastikan rumah sakit yang telah ditetapkan benar-benar menjalankan program secara aktif dan berkelanjutan.

c. Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / *center of excellence* melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri

Indikator Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan/*center of excellence* melalui kerja sama dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri merupakan bagian dari upaya pemerintah meningkatkan mutu, kapasitas, dan daya saing pelayanan kesehatan rujukan di Indonesia. Upaya tersebut sejalan dengan amanat Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 mengenai hak masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan dan tanggung jawab negara menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Selain itu, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur tanggung jawab pemerintah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan serta penguatan fasilitas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, dan dapat diakses masyarakat.

Pengembangan layanan unggulan atau *center of excellence* diarahkan agar rumah sakit memiliki layanan spesialisik dan/atau subspecialistik dengan mutu tinggi, didukung oleh tenaga kesehatan yang kompeten, teknologi kesehatan yang memadai, tata kelola pelayanan yang baik, serta kegiatan pendidikan, pelatihan, dan penelitian. Kerja sama dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri menjadi salah satu strategi untuk mempercepat pencapaian tersebut melalui transfer pengetahuan dan teknologi, peningkatan kompetensi sumber daya manusia, pendampingan klinis, pengembangan standar dan protokol pelayanan, penelitian bersama, serta penguatan tata kelola rumah sakit. Kementerian Kesehatan juga menegaskan bahwa kerja sama rumah sakit Indonesia dengan rumah sakit luar negeri dapat digunakan untuk meningkatkan kapasitas SDM melalui pendidikan dan pelatihan.

Capaian indikator ini menjadi salah satu tolok ukur keberhasilan transformasi pelayanan kesehatan rujukan dan peningkatan daya saing rumah sakit Indonesia. Semakin banyak rumah sakit yang mengembangkan layanan unggulan melalui kemitraan internasional, semakin besar peluang masyarakat memperoleh pelayanan berkualitas tinggi di dalam negeri secara lebih mudah, cepat, dan terjangkau. Indikator ini juga telah tercantum dalam Rencana Aksi Program Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025–2029, dengan target yang meningkat secara bertahap sebagai bentuk komitmen terhadap penguatan layanan unggulan rumah sakit nasional.

1) Definisi Operasional

Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulannya melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan luar negeri

2) Cara Perhitungan

Jumlah RS yang mengembangkan layanan khususnya layanan unggulan melalui kerja sama luar negeri dengan RS atau institusi Kesehatan luar negeri secara kumulatif

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3.9 Target dan Realisasi Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri

	Indikator Target	Target 2026	Realisasi TW 2 2026	Capaian 2026 TW 2
	Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	76	72	94,74%

Pada tahun 2026, target jumlah rumah sakit yang mengembangkan layanan

unggulan/*center of excellence* melalui kerja sama dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri ditetapkan sebanyak 76 RS. Sampai dengan Triwulan II tahun 2026, realisasi telah mencapai 72 RS, sehingga capaian kinerja sebesar 94,74%. Capaian tersebut didukung oleh pelaksanaan pembinaan teknis, fasilitasi kerja sama luar negeri, koordinasi dengan rumah sakit dan mitra luar negeri, serta pemantauan proses pengembangan layanan unggulan. Untuk mencapai target pada periode berikutnya, perlu dilakukan percepatan terhadap proses kerja sama dan pendampingan kepada rumah sakit yang sedang mengembangkan layanan unggulan.

4) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Pada tahun 2026, target jumlah rumah sakit yang mengembangkan layanan unggulan/*center of excellence* melalui kerja sama dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri ditetapkan sebanyak 76 RS. Sampai dengan Triwulan II tahun 2026, realisasi telah mencapai 72 RS, sehingga capaian kinerja sebesar 94,74%. Capaian tersebut didukung oleh pembinaan teknis, fasilitasi kerja sama luar negeri, koordinasi dengan rumah sakit dan mitra luar negeri, serta pemantauan pengembangan layanan unggulan.

5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

Tabel 3 10 Indikator Target Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri

	Indikator Target	Target				Capaian 2026
		2026	2027	2028	2029	
	Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence	76	84	92	100	72 (94,74%)

	melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri					
--	---	--	--	--	--	--

Pada tahun 2026, target jumlah rumah sakit yang mengembangkan layanan unggulan/*center of excellence* melalui kerja sama dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri ditetapkan sebanyak 76 RS. Sampai dengan Triwulan II tahun 2026, realisasi mencapai 72 RS atau 94,74% dari target. Dengan demikian, masih diperlukan tambahan 4 RS untuk memenuhi target tahun 2026.

Dibandingkan tahun 2025, realisasi tahun 2026 meningkat sebanyak 3 RS, dari 68 RS menjadi 72 RS, atau meningkat 4,41%. Namun, persentase capaian sementara menurun dari 100% pada tahun 2025 menjadi 93,42% pada Triwulan II tahun 2026, karena target meningkat dari 68 RS menjadi 76 RS dan periode pelaporan tahun 2026 masih berjalan.

Target indikator selanjutnya meningkat secara bertahap menjadi 84 RS pada 2027, 92 RS pada 2028, dan 100 RS pada 2029. Oleh karena itu, diperlukan percepatan pembinaan, fasilitasi kerja sama luar negeri, pendampingan rumah sakit, dan pemantauan keberlanjutan kerja sama untuk memenuhi target tahun 2026 sekaligus mendukung pencapaian target tahun-tahun berikutnya.

6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)

Pencapaian dan target indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan standar nasional, karena tidak terdapat standar nasional.

7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Berikut analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan maupun kegagalan, serta peningkatan atau penurunan kinerja dalam pelaksanaan program. Analisis melalui pendekatan SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and

Threats).

Tabel 3 11SWOT Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri

Strength (Kekuatan)	Opportunity (Peluang)
1.Terdapat dukungan kebijakan pemerintah terhadap peningkatan mutu layanan unggulan;	1. Tingginya minat institusi kesehatan luar negeri untuk bekerja sama;
2.komitmen rumah sakit dalam mengembangkan layanan berstandar internasional;	2. perkembangan teknologi kesehatan dan telemedicine;
3. tersedianya SDM, sarana, dan layanan prioritas yang dapat dikembangkan;	3. peluang transfer pengetahuan, teknologi, serta peningkatan kompetensi SDM;
4. pengalaman beberapa rumah sakit dalam menjalin kerja sama luar negeri; serta adanya pembinaan dan fasilitasi dari Kementerian Kesehatan.	4. meningkatnya kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan unggulan di dalam negeri. .

Weakness (Kelemahan)	Threat (Ancaman)
1. Kesiapan setiap rumah sakit belum merata; kemampuan menyusun proposal, rencana kerja, dan dokumen kerja sama masih terbatas;	1. Proses persetujuan kerja sama melibatkan banyak pihak dan membutuhkan waktu; perbedaan regulasi, standar pelayanan, serta sistem hukum antarnegara;

2. penguasaan bahasa asing dan kemampuan negosiasi internasional belum optimal;	2. keterbatasan pembiayaan dan perubahan nilai tukar; persaingan antarnegara dalam memperoleh mitra internasional; serta risiko
3. belum tersedia pemetaan mitra luar negeri yang terintegrasi;	3. kerja sama tidak berlanjut setelah masa perjanjian berakhir.
4. sistem monitoring hasil dan keberlanjutan kerja sama belum berjalan	

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Tabel 3 12 Analisis atas Efisiensi Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	76,008,000	0	5,450,000 (7,17%)

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Jumlah

RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri ialah sebesar Rp. 76.008.000.

Pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut

- a) Melakukan penyusunan Pedoman kerjasama LN secara daring
- b) Melakukan rapat koordinasi secara hybrid (daring dan luring)
- c) Melakukan Pembinaan RS secara hybrid (daring dan luring)
- d) Melakukan monitoring dan evaluasi

9) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

a) Kegiatan yang telah dilaksanakan

- koordinasi kerja sama luar negeri untuk menjaga kesinambungan proses penjajakan, pembahasan, dan tindak lanjut kerja sama dengan mitra luar negeri.
- Fasilitasi komunikasi antara rumah sakit dan calon mitra luar negeri untuk membantu rumah sakit yang memiliki keterbatasan akses dalam memperoleh mitra sesuai layanan unggulan yang akan dikembangkan
- Pembinaan teknis kepada rumah sakit yang melakukan kerja sama dengan mitra luar negeri untuk meningkatkan pemahaman rumah sakit mengenai perencanaan, penyusunan dokumen, pelaksanaan, dan pemantauan kerja sama
- Koordinasi internal dan lintas sektor untuk membantu penyelarasan substansi kerja sama dengan kebijakan, kebutuhan layanan prioritas, regulasi, dan sumber pembiayaan.
- Menyusun dashboard monitoring indikator keuangan rumah sakit sebagai instrumen pemantauan capaian pembinaan dan dasar pengambilan keputusan manajemen.

b) Kegiatan yang belum dilaksanakan atau perlu ditingkatkan

- Masing - masing rumah sakit membuat grand design upaya pengembangan layanan unggulan
- Masing - masing RS memasukkan program kerja sama luar negeri sebagai salah satu upaya mengembangkan layanan unggulan tersebut

- Kemenkes melakukan sosialisasi dan advokasi lebih komprehensif lintas K/L yang terkait misal, Kementerian Luar Negeri, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pertahanan dan Keamanan
- Melakukan pendataan kerja sama satu pintu, misal melalui RS Online
- Melakukan perbaikan pada proses bisnis untuk meningkatkan kerjasama luar negeri

d. Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap

Indikator ini merupakan salah satu indikator pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan, sebagaimana tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Indikator ini menggambarkan tingkat kepatuhan rumah sakit terhadap standar pelayanan medis, khususnya dalam pelaksanaan visit dokter secara tepat waktu. Pencapaian indikator diharapkan dapat mendukung peningkatan mutu pelayanan rawat inap, mempercepat pengambilan keputusan klinis, meningkatkan keselamatan pasien, serta memperkuat tata kelola pelayanan kesehatan rujukan. Visit dokter yang dilakukan secara tepat waktu memungkinkan pemantauan kondisi pasien secara berkala, penyesuaian terapi yang cepat, koordinasi antarprofesi yang lebih baik, serta peningkatan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Hal ini sejalan dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3), yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Selain itu, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas penyelenggaraan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efektif, efisien, dan terjangkau. Salah satu bentuk implementasi komitmen tersebut adalah memastikan rumah sakit menyelenggarakan pelayanan rawat inap sesuai standar, termasuk ketepatan waktu visit dokter sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan dan tata kelola pelayanan kesehatan rujukan.

1) Definisi Operasional

RS BLU dan BLUD dengan ketepatan waktu pelayanan rawat inap adalah kunjungan

dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya pada pukul 06.00 - 14.00

2) Cara Perhitungan

Jumlah RS dengan pasien rawan inap yang divisite jam 06.00 - 14.00 / Jumlah pasien rawat inap yang divisite jam 06.00 - 14.00. Rawat inap yang divisite jam 06.00 - 14.00 minimal 80%

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3 13 Target dan Realisasi Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap

	Indikator Target	Target 2026	Realisasi TW 2 2026	Capaian 2026 TW 2
	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	500 RS	573	114,60%

Pada tahun 2026, target untuk indikator Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap ditetapkan sebanyak 500 rumah sakit. Sampai dengan Triwulan II Tahun 2026, realisasi indikator mencapai 573 rumah sakit, sehingga capaian kinerja mencapai 114,6%. Dengan demikian, indikator ini telah memenuhi target yang telah ditetapkan.

4) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Indikator ini mulai diimplementasikan sebagai indikator kinerja dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Oleh karena itu, data tahun 2025 menjadi dasar pembanding untuk menilai perkembangan capaian kinerja Tahun 2026.

Pada Tahun 2025, target indikator ditetapkan sebesar 450 rumah sakit dengan realisasi 492 rumah sakit (109,33%). Sementara itu, sampai dengan Triwulan II

Tahun 2026, target meningkat menjadi 500 rumah sakit dan realisasi telah mencapai 573 rumah sakit dengan capaian 114,60%. Dibandingkan dengan Tahun 2025, realisasi kinerja pada Tahun 2026 meningkat sebanyak 81 rumah sakit, dari 492 rumah sakit menjadi 573 rumah sakit. Peningkatan tersebut menunjukkan bahwa jumlah rumah sakit BLU dan BLUD yang telah memenuhi ketepatan waktu visit dokter pelayanan rawat inap terus bertambah, meskipun target Tahun 2026 juga mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya.

- 5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

Tabel 3 14 Indikator Target Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap

	Indikator Target	Target				Capaian 2026
		2026	2027	2028	2029	
	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	500 RS	550 RS	600 RS	650 RS	573 RS

Target untuk indikator ini ditetapkan secara bertahap, yaitu 500 rumah sakit pada tahun 2026, 550 rumah sakit pada tahun 2027, 600 rumah sakit pada tahun 2028, dan 650 rumah sakit pada tahun 2029. Sampai dengan Triwulan II Tahun 2026, realisasi indikator telah mencapai 573 rumah sakit. Capaian tersebut telah melampaui target Tahun 2026 sebesar 73 rumah sakit atau 114,6% dari target yang ditetapkan. Selain itu, realisasi tersebut juga telah melampaui target jangka menengah Tahun 2027 yang ditetapkan sebesar 550 rumah sakit.

- 6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)

Belum ada data pembandingan secara nasional terkait Jumlah RS BLU dan BLUD yang

sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Tabel 3 15 SWOT Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap

Strength (Kekuatan)	Opportunity (Peluang)
1. Adanya kebijakan nasional Transformasi Sistem Kesehatan, khususnya Transformasi Layanan Rujukan, sebagai landasan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit	1. Dukungan Pemerintah Pusat melalui program pembinaan tata kelola rumah sakit daerah.
2. Ketepatan waktu visit dokter merupakan bagian dari Indikator Nasional Mutu (INM) sehingga telah menjadi indikator yang dipantau secara rutin oleh rumah sakit.	2. Pembinaan yang mencakup manajemen pelayanan medik dan manajemen layanan operasional rumah sakit, sehingga langsung mendukung perbaikan ketepatan waktu visit dokter.
3. Telah terbentuk Tim Pembina Tata Kelola Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan	3. Peningkatan pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit untuk mendukung pencatatan dan pemantauan pelaksanaan visit dokter .

4. Keterlibatan 17 Rumah Sakit Kementerian Kesehatan sebagai Tim Pembina dalam pendampingan RSUD	4. Kolaborasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan pembinaan, monitoring, dan evaluasi.
--	---

Weakness (Kelemahan)	Threat (Ancaman)
1. Keterbatasan jumlah dokter spesialis di beberapa rumah sakit.	1. Tingginya beban pelayanan rumah sakit yang dapat memengaruhi kepatuhan terhadap jadwal visit dokter .
2. Pengaturan jadwal visit dokter belum optimal karena beban pelayanan rawat inap, rawat jalan, tindakan, dan konsultasi.	2. Ketimpangan ketersediaan dokter spesialis antar rumah sakit dan antar daerah.
3. Kepatuhan pelaporan capaian Indikator Nasional Mutu (INM) masih belum merata.	3. Perubahan regulasi atau kebijakan pelayanan rumah sakit yang memerlukan penyesuaian operasional

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Tabel 3 16 Analisis atas Efisiensi Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	148.716.000	0	125.328.213

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap sebesar Rp. 148.716.000,- dengan realisasi anggaran Rp. 125.328.213,-

Pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut

- Pembentukan Tim Pembina Tata Kelola Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
- Melakukan rapat koordinasi secara hybrid (daring dan luring)
- Melakukan Pembinaan RS secara hybrid (daring dan luring)
- Melakukan monitoring dan evaluasi

9) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

- Kegiatan yang telah dilaksanakan
 - Melaksanakan Program Pembinaan Tata Kelola Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah sebagai bagian dari implementasi Transformasi Layanan Rujukan.
 - Menugaskan 17 Rumah Sakit Kementerian Kesehatan sebagai Tim Pembina untuk melakukan pendampingan kepada rumah sakit

pemerintah daerah.

- Melakukan monitoring dan evaluasi terkait Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS) untuk mendorong pencatatan dan pemantauan pelaksanaan visit dokter secara tepat waktu
- Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan pembinaan dan tindak lanjut perbaikan tata kelola pelayanan rumah sakit.
- Memfasilitasi forum berbagi praktik baik (*best practice sharing*) antara rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan dan RSUD binaan dalam peningkatan mutu pelayanan rawat inap.

2) Kegiatan yang belum dilaksanakan atau perlu ditingkatkan

- Peningkatan kepatuhan seluruh rumah sakit dalam pelaporan capaian Indikator Nasional Mutu (INM) secara lengkap dan tepat waktu.
- Perluasan cakupan pembinaan dan pendampingan kepada lebih banyak rumah sakit pemerintah daerah agar implementasi tata kelola pelayanan rawat inap semakin merata.

e. Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan

Indikator ini merupakan indikator pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan sebagaimana tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029. Indikator ini digunakan untuk mengukur jumlah rumah sakit berstatus Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang telah memenuhi standar ketepatan waktu pelayanan rawat jalan. Indikator ini juga merupakan bagian dari implementasi Transformasi Layanan Lanjutan (Layanan Rujukan) sebagai salah satu dari enam pilar Transformasi Sistem Kesehatan, yang diarahkan untuk meningkatkan akses, mutu, dan pemerataan pelayanan rumah sakit melalui penguatan tata kelola dan standar pelayanan. Pengukuran indikator ini mencerminkan tingkat kepatuhan rumah sakit terhadap standar waktu tunggu pelayanan rawat jalan, sehingga diharapkan dapat mempercepat akses pasien terhadap pelayanan dokter, meningkatkan kepuasan pasien, serta mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan.

1) Definisi Operasional

RS BLU dan BLUD dengan waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis

2) Cara Perhitungan

Jumlah RS dengan pasien rawat jalan dalam kurun waktu tertentu dengan waktu tunggu ≤ 60 menit / Jumlah pasien rawat jalan dalam kurun waktu tertentu, memenuhi apabila: jumlah pasien rawat jalan ≤ 60 menit minimal 80 %

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3 17 Target dan Realisasi Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan

	Indikator Target	Target 2026	Realisasi TW 2 2026	Capaian 2026 TW 2
	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	500 RS	509 RS	101,8%

Target untuk indikator Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan pada tahun 2026 ditetapkan sebanyak 500 RS. Sampai dengan Triwulan II tahun 2026, realisasi indikator ini mencapai 509 rumah sakit dengan capaian kinerja sebesar 101,8%. Dengan demikian, indikator ini telah memenuhi target yang telah ditetapkan.

4) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Indikator ini mulai diimplementasikan sebagai indikator kinerja dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Oleh karena itu, data tahun 2025 menjadi dasar pembanding untuk menilai perkembangan capaian kinerja Tahun 2026.

Pada Tahun 2025, target indikator ditetapkan sebesar 450 rumah sakit dengan realisasi 453 rumah sakit, sehingga capaian kinerja mencapai 100,67%. Sementara itu, sampai dengan Triwulan II Tahun 2026, target meningkat menjadi 500 rumah sakit dan realisasi telah mencapai 509 rumah sakit, dengan capaian 101,80%. Dibandingkan dengan Tahun 2025, realisasi kinerja pada Tahun 2026 meningkat sebanyak 56 rumah sakit, dari 453 rumah sakit menjadi 509 rumah sakit.

- 5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

Tabel 3 18 Indikator Target Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan

	Indikator Target	Target				Capaian 2026
		2026	2027	2028	2029	
	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	500 RS	550 RS	600 RS	650 RS	509 RS

Target untuk indikator ini ditetapkan secara bertahap, yaitu 500 rumah sakit pada tahun 2026, 550 rumah sakit pada tahun 2027, 600 rumah sakit pada tahun 2028, dan 650 rumah sakit pada tahun 2029. Sampai dengan Triwulan II Tahun 2026, realisasi indikator telah mencapai 509 rumah sakit. Capaian tersebut telah melampaui target Tahun 2026 sebesar 9 rumah sakit atau 101,8% dari target yang ditetapkan. Namun demikian, realisasi tersebut masih berada di bawah target jangka menengah Tahun 2027 yang ditetapkan sebesar 550 rumah sakit.

- 6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)
 Belum ada data pembanding secara nasional terkait Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Tabel 3 19 SWOT Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan

Strength (Kekuatan)	Opportunity (Peluang)
1. Adanya kebijakan nasional Transformasi Sistem Kesehatan, khususnya Transformasi Layanan Rujukan, sebagai landasan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit	1. Dukungan Pemerintah Pusat melalui program pembinaan tata kelola rumah sakit daerah.
2. Ketepatan waktu visit dokter merupakan bagian dari Indikator Nasional Mutu (INM) sehingga telah menjadi indikator yang dipantau secara rutin oleh rumah sakit.	2. Program Pembinaan Tata Kelola Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang mencakup aspek manajemen pelayanan medik dan manajemen layanan operasional rumah sakit, sehingga mendukung perbaikan alur pelayanan rawat jalan.
3. Telah terbentuk Tim Pembina Tata Kelola Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan	3. Peningkatan pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit untuk mendukung pencatatan dan pemantauan pelaksanaan visit dokter .

4. Keterlibatan 17 Rumah Sakit Kementerian Kesehatan sebagai Tim Pembina dalam pendampingan RSUD	4. Kolaborasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan pembinaan, monitoring, dan evaluasi.
--	---

Weakness (Kelemahan)	Threat (Ancaman)
1. Pengaturan jadwal praktik dokter dan kapasitas pelayanan poliklinik belum optimal.	1. Tingginya jumlah kunjungan pasien rawat jalan yang dapat memengaruhi waktu tunggu pelayanan.
2. Pemanfaatan SIMRS untuk monitoring waktu tunggu pelayanan rawat jalan belum merata di seluruh rumah sakit.	2. Ketimpangan kesiapan digital antar rumah sakit dalam implementasi RME dan integrasi SATUSEHAT.
3. Kepatuhan pelaporan capaian Indikator Nasional Mutu (INM) masih belum merata.	3. Perubahan regulasi atau kebijakan pelayanan rumah sakit yang memerlukan penyesuaian operasional

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Tabel 3 20 Analisis atas Efisiensi Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	148.716.000	0	125.328.213

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap sebesar Rp. 148.716.000,- dengan realisasi anggaran Rp. 125.328.213,-

Pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut

- Pembentukan Tim Pembina Tata Kelola Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
- Melakukan rapat koordinasi secara hybrid (daring dan luring)
- Melakukan Pembinaan RS secara hybrid (daring dan luring)
- Melakukan monitoring dan evaluasi

9) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

1) Kegiatan yang telah dilaksanakan

- Melaksanakan Program Pembinaan Tata Kelola Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah sebagai bagian dari implementasi Transformasi Layanan Rujukan.
- Menugaskan 17 Rumah Sakit Kementerian Kesehatan sebagai Tim Pembina untuk melakukan pendampingan kepada rumah sakit pemerintah daerah.

- Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan pembinaan dan tindak lanjut perbaikan tata kelola pelayanan rumah sakit.
- Memfasilitasi forum berbagi praktik baik (*best practice sharing*) antara rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan dan RSUD binaan dalam peningkatan mutu pelayanan rawat inap.

2) Kegiatan yang belum dilaksanakan atau perlu ditingkatkan

- Peningkatan kepatuhan seluruh rumah sakit dalam pelaporan capaian Indikator Nasional Mutu (INM) secara lengkap dan tepat waktu.
- Perluasan cakupan pembinaan dan pendampingan kepada lebih banyak rumah sakit pemerintah daerah agar implementasi tata kelola pelayanan rawat jalan lebih optimal.

f. Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029 (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025), penguatan layanan bagi kelompok rentan ditetapkan sebagai salah satu arah kebijakan. Peningkatan pelayanan kesehatan yang inklusif, disertai fasilitas dan tenaga profesional yang memadai, menjadi strategi utama dalam penguatan layanan bagi kelompok rentan, termasuk penyandang disabilitas, yang masih kerap mengalami diskriminasi akibat stigma. Pengembangan program kesehatan khusus bagi kelompok rentan di seluruh fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta merupakan bagian dari Transformasi Layanan Lanjutan yang bertujuan menjamin akses layanan yang adil dan nondiskriminatif.

Sebagai bagian dari upaya meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas, Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan menetapkan indikator “Persentase Rumah Sakit yang memberikan layanan ramah penyandang disabilitas” dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029. Indikator ini didefinisikan sebagai rumah sakit yang memfasilitasi penyandang disabilitas untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar, dengan kriteria memiliki paling sedikit 5 sarana prasarana inklusif dan

paling sedikit satu sumber daya manusia (SDM) yang mampu memfasilitasi pelayanan bagi penyandang disabilitas di unit layanan IGD dan Rawat Jalan. Capaian dihitung dari jumlah rumah sakit yang memenuhi kriteria dibagi jumlah rumah sakit kelas A, B, C, dan D yang teregistrasi pada awal tahun berjalan, dikalikan 100%.

1) Definisi Operasional

RS yang memfasilitasi penyandang disabilitas untuk mendapatkan layanan kesehatan sesuai standar . Memiliki sedikitnya 5 sarana prasarana inklusif penyandang disabilitas, memiliki minimal satu SDM yang dapat memfasilitasi pelayanan bagi penyandang disabilitas di unit layanan IGD dan Rawat Jalan. Sarana Prasarana Inklusif dan SDM yang terdiri dari:

- a. Ramp dan handrail minimal satu di pintu masuk IGD dan pintuk masuk Rawat Jalan;
- b. Toilet inklusif (bisa dilewati kursi roda dan memiliki handrail) minimal satu di masing-masing tempat pelayanan: IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap, Radiologi, Laboratorium;
- c. Tempat parkir inklusif minimal satu di area parkir IGD dan Rawat Jalan, dengan akses terdekat dari gedung pelayanan;
- d. Alat bantu mobilitas minimal kursi roda atau alat bantu mobilitas lainnya;
- e. Alur antrian khusus atau tempat tunggu khusus bagi penyandang disabilitas Media komunikasi, informasi, dan edukasi yang dapat diakses (layar besar, suara, warna yang mencolok) untuk disabilitas tuli dan netra;
- f. Layanan pengaduan inklusif disabilitas (media tulis untuk pasien tuli, hotline untuk pasien netra).
- g. SDM yang dedicated untuk memfasilitasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas di Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan, yaitu: Juru Bahasa Isyarat atau pendamping disabilitas.

2) Cara Perhitungan

Jumlah RS yang memfasilitasi penyandang disabilitas untuk mendapatkan layanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah RS kelas A, B, C, D teregistrasi pada awal tahun berjalan dikali 100%

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3 21 Target dan Realisasi Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas

	Indikator Target	Target 2026	Realisasi TW 2 2026	Capaian 2026 TW 2
	Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	50%	44%	88%

Pada tahun 2026, target untuk indikator Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas ditetapkan sebesar 50%. Sampai dengan Triwulan II Tahun 2026, realisasi indikator mencapai 44%, sehingga capaian kinerja mencapai 88% dari target yang telah ditetapkan.

Capaian kinerja sebesar 88% pada Triwulan II menunjukkan progres yang positif. Capaian ini mengindikasikan bahwa program percepatan penyediaan fasilitas kesehatan yang inklusif berjalan secara efektif dan responsif.

- 4) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Indikator ini mulai diimplementasikan sebagai indikator kinerja dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Oleh karena itu, data tahun 2025 menjadi dasar pembandingan untuk menilai perkembangan capaian kinerja Tahun 2026.

Pada Tahun 2025, target indikator ditetapkan sebesar 40% dan berhasil direalisasikan sebesar 40%, sehingga capaian kinerja mencapai 100%. Sementara itu, sampai dengan Triwulan II Tahun 2026, target meningkat menjadi 50% dan realisasi telah mencapai 44%, dengan capaian 88%. Dibandingkan dengan Tahun 2025, realisasi kinerja pada Tahun 2026 meningkat sebesar 4 poin persentase, dari 40% menjadi 44%. Namun demikian, persentase capaian mengalami penurunan sebesar 12 poin persentase, dari 100% pada Tahun 2025 menjadi 88% pada Triwulan II Tahun 2026. Penurunan capaian tersebut dipengaruhi oleh peningkatan target tahunan dari 40% menjadi 50%, sementara realisasi sampai dengan Triwulan

II Tahun 2026 masih berada pada tahap pemenuhan bertahap terhadap standar layanan ramah penyandang disabilitas di rumah sakit.

- 5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

Tabel 3 22 Indikator Target Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas

	Indikator Target	Target				Capaian 2026
		2026	2027	2028	2029	
	Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	50%	60%	70%	80%	44%

Target untuk indikator ini ditetapkan secara bertahap yaitu 50% pada tahun 2026, 60% pada tahun 2027, 70% pada tahun 2028, dan 80% pada tahun 2029. Sampai dengan Triwulan II Tahun 2026, realisasi indikator telah mencapai 44%. Capaian tersebut setara dengan 88% dari target Tahun 2026, namun masih berada di bawah target jangka menengah Tahun 2027 sebesar 60%.

- 6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)
Belum ada data pembanding secara nasional terkait persentase rumah sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas, sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.
- 7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Tabel 3 23 SWOT Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas

Strength (Kekuatan)	Opportunity (Peluang)
1. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan telah menerbitkan surat pemberitahuan yang mewajibkan seluruh rumah sakit melaporkan capaian indikator Rumah Sakit Ramah Disabilitas melalui RS Online.	1. Dukungan Kementerian Kesehatan dalam penguatan implementasi Rumah Sakit Ramah Disabilitas melalui pembinaan, sosialisasi, dan monitoring.
2. Telah dilaksanakan dua kali sosialisasi dan pembinaan teknis mengenai tata cara pengisian indikator Rumah Sakit Ramah Disabilitas pada sistem RS Online. .	2. Peningkatan kepatuhan pelaporan melalui RS Online dapat menghasilkan data yang lebih akurat sebagai dasar evaluasi dan penyusunan kebijakan. .
3. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi (monev) ke beberapa rumah sakit memberikan gambaran kondisi riil fasilitas disabilitas dan menjadi dasar tindak lanjut pembinaan.	3. Hasil monev dapat dimanfaatkan sebagai dasar prioritas perbaikan fasilitas dan penyusunan kebutuhan anggaran di rumah sakit.
4. Tersedianya RS Online sebagai sistem pelaporan nasional yang mendukung pemantauan capaian indikator secara berkala.	4. Kolaborasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan pembinaan, monitoring, dan evaluasi.
Weakness (Kelemahan)	Threat (Ancaman)

1. Keterbatasan anggaran rumah sakit untuk penyediaan dan pemeliharaan fasilitas ramah disabilitas.	1. Perubahan kebijakan atau prioritas anggaran daerah yang dapat memengaruhi dukungan terhadap penyediaan fasilitas ramah disabilitas.
2. Ketersediaan SDM pendukung layanan disabilitas, khususnya juru bahasa isyarat, masih sangat terbatas.	2. Keterbatasan ketersediaan juru bahasa isyarat di tingkat daerah, sehingga rumah sakit kesulitan memenuhi salah satu indikator layanan ramah disabilitas.
3. Masih terdapat rumah sakit yang belum optimal dalam pengisian indikator melalui RS Online.	3. Ketidakpatuhan atau keterlambatan pelaporan melalui RS Online yang memengaruhi akurasi evaluasi capaian indikator secara nasional.
4. Fasilitas disabilitas yang telah tersedia di beberapa rumah sakit belum dipelihara secara optimal, sehingga mengalami kerusakan atau tidak dapat digunakan secara maksimal.	4. Jumlah pasien penyandang disabilitas yang berobat di beberapa rumah sakit masih relatif sedikit, sehingga pemeliharaan dan pengembangan fasilitas ramah disabilitas belum menjadi prioritas.

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Tabel 3 24 Analisis atas Efisiensi Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	77.000.000	0	34.123.050

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas sebesar Rp.77.000.000,- dengan realisasi anggaran Rp.34.123.050,-

Pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut

- a) Menyusun dan menerbitkan surat instruksi Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan yang mewajibkan seluruh rumah sakit melaporkan capaian indikator Rumah Sakit Ramah Disabilitas melalui RS Online.
 - b) Melakukan rapat koordinasi secara hybrid (daring dan luring)
 - c) Melakukan sosialisasi dan pembinaan teknis mengenai tata cara pengisian indikator Rumah Sakit Ramah Disabilitas pada sistem RS Online (online)
 - d) Melakukan monitoring dan evaluasi ke beberapa RS Kementerian Kesehatan & RS Pemerintah Daerah (luring)
- 9) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja
- 1) Kegiatan yang telah dilaksanakan
 - Menerbitkan surat pemberitahuan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan yang mewajibkan seluruh rumah sakit melaporkan capaian indikator Rumah Sakit Ramah Disabilitas melalui RS Online.
 - Melaksanakan sosialisasi dan pembinaan teknis mengenai tata cara pengisian indikator Rumah Sakit Ramah Disabilitas pada sistem RS Online.

- Melaksanakan desk pelaporan indikator Rumah Sakit Ramah Disabilitas untuk meningkatkan kepatuhan dan kualitas pelaporan rumah sakit.
 - Melaksanakan monitoring dan evaluasi (monev) ke beberapa rumah sakit untuk menilai pemenuhan standar layanan ramah disabilitas serta kondisi sarana dan prasarana yang tersedia.
 - Bersama dengan Dinas Kesehatan melakukan pendampingan dan pembinaan kepada rumah sakit berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi sebagai tindak lanjut perbaikan layanan ramah disabilitas.
- 2) Kegiatan yang belum dilaksanakan atau perlu ditingkatkan
- Peningkatan kepatuhan seluruh rumah sakit dalam pelaporan indikator Rumah Sakit Ramah Disabilitas melalui RS Online secara lengkap dan tepat waktu.
 - Penguatan pemeliharaan sarana dan prasarana ramah disabilitas agar fasilitas yang telah tersedia tetap berfungsi secara optimal.
 - Peningkatan kapasitas SDM pendukung layanan disabilitas, khususnya juru bahasa isyarat dan pelatihan komunikasi inklusif bagi petugas di rumah sakit.
 - Penguatan koordinasi dengan pemerintah daerah dan rumah sakit dalam penyusunan prioritas anggaran untuk penyediaan dan pemeliharaan fasilitas ramah disabilitas.

g. Indikator Kinerja Direktif (IKD) Tahun 2026:

a. Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik

Indikator ini mendukung implementasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang mengamanatkan penguatan tata kelola sistem kesehatan melalui penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, transparan, akuntabel, dan berkelanjutan, serta memperkuat pembinaan dan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pengelolaan keuangan yang akuntabel merupakan salah satu prasyarat untuk menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan yang bermutu, meningkatkan efisiensi pemanfaatan sumber daya, dan memperkuat ketahanan sistem kesehatan nasional.

Indikator ini mengukur keberhasilan pembinaan tata kelola rumah sakit daerah melalui peningkatan kualitas penyusunan dan penyajian laporan keuangan pada 8 RSUD Provinsi

dan 50 RSUD Kabupaten/Kota sehingga memperoleh nilai "Baik" apabila RSUD mengalami peningkatan EBITDA Margin dari tahun sebelumnya. Hal ini berdasarkan standar akuntansi yang berlaku, ketentuan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), serta mekanisme penilaian kinerja yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Pencapaian indikator ini mendukung pelaksanaan Transformasi Tata Kelola dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029 yang menekankan penguatan tata kelola organisasi, peningkatan akuntabilitas, transparansi, serta pengambilan keputusan berbasis data. Laporan keuangan yang berkualitas menjadi instrumen utama dalam mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang efektif, efisien, akuntabel, dan berkelanjutan, sehingga mampu meningkatkan kemandirian finansial rumah sakit serta mendukung penyediaan layanan kesehatan yang bermutu.

1) Definisi Operasional

Persentase RSUD yang mencapai EBITDA MARGIN positif di tahun berjalan berdasarkan laporan keuangan audited. RSUD yang dimaksud adalah Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah Daerah yang masuk ke dalam Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/6014/2025 tentang Tim Pembina Tata Kelola Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah.

2) Cara Perhitungan

Jumlah RSUD yang mengalami peningkatan EBITDA MARGIN dari tahun sebelumnya (jumlah kumulatif pada periode berjalan) **x 100%**

Nominator : Jumlah Rumah Sakit Umum Daerah milik pemerintah (Prov,Kab/Kota) yang mengalami peningkatan EBITDA MARGIN dari tahun sebelumnya (jumlah kumulatif pada periode berjalan)

Capaian indikator dihitung dalam bentuk persentase RSUD yang sudah memenuhi laporan keuangan dengan EBITDA Margin yang meningkat dari tahun sebelumnya dari total 58 RSUD target tahun 2026

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2026 untuk indikator Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 Orang RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik:

No	Indikator Target	Ta a	Re alis	Ca pai
----	------------------	---------	------------	-----------

		target 2026	realisasi TW 2 2026	target 2026
1	Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik	100%	91%	91%

Dari target yang ditetapkan pada tahun 2026 yaitu sebesar 100% hanya dapat terealisasi sebanyak 91% dengan detail 50 RSUD, data tersebut diperoleh berdasarkan laporan progress pembinaan tata kelola RS.

Berdasarkan hasil pengukuran, realisasi indikator Persentase Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik pada tahun pelaporan 2026 mencapai 91%, masih berada di bawah target yang ditetapkan. Capaian tersebut terdiri atas 50 RSUD dari total 122 rumah sakit yang menjadi rumah sakit binaan. Terdapat kenaikan realisasi indikator pada Triwulan I sampai dengan Triwulan 2 Tahun 2026 dimana pada TW 1 capaian sebanyak 50 RSUD atau sebesar 86% dan pada TW 2 terdapat penambahan 3 RSUD jadi total capaian sebanyak 53 RSUD atau sebesar 91%. Hal tersebut dikarenakan capaian EBITDA RSUD pada YTD 2026 di TW 2 ada peningkatan dari tahun sebelumnya.

4) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu

Realisasi indikator Persentase Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik tidak dapat dibandingkan dengan realisasi indikator pada tahun sebelumnya karena indikator kinerja direktif ini adalah

indikator baru di tahun 2026. Program Pembinaan Tata Kelola Rumah Sakit baru dicanangkan pada tahun 2025 dengan terbitnya Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan nomor 4034 tahun 2025 tentang Tim Pembina Lokus Bantuan Pemerintah dalam implementasi program hasil terbaik cepat berupa peningkatan kemampuan pelayanan pada rumah sakit umum daerah pada tanggal 26 September 2025. Awalnya program pembinaan di fokuskan pada RSUD lokus PHTC atau program quick win presiden. Kemudian pembinaan tata kelola Rumah sakit diperluas sehingga terbit Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan nomor 6014 tahun 2025 tentang tim pembina tata kelola rumah sakit milik kementerian kesehatan dan rumah sakit milik pemerintah daerah pada tanggal 17 desember 2025 yang berisikan 117 RSUD binaan dengan 17 RS Vertikal kemenkes menjadi tim Pembina

5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

No	Indikator Target	Target				Capaian 2026
		2026	2027	2028	2029	
1	Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik	100%	100%	100%	100%	91%

Realisasi indikator Persentase Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik adalah sebesar 91%. Capaian ini menunjukkan bahwa kinerja saat ini sudah berada dalam jalur yang sesuai untuk memenuhi target tahunan.

6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)

Pencapaian dan target indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan standar nasional, karena tidak terdapat standar nasional.

7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Berikut analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan maupun kegagalan, serta peningkatan atau penurunan kinerja dalam pelaksanaan program. Analisis melalui pendekatan SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats).

Strength (Kekuatan)	Opportunity (Peluang)
1. Adanya kebijakan nasional Transformasi Sistem Kesehatan dan Transformasi Tata Kelola sebagai landasan pembinaan RSUD.	1. Dukungan Pemerintah Pusat melalui program pembinaan tata kelola rumah sakit daerah.
2. Telah terbentuk Tim Pembina Tata Kelola RS sesuai Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.	2. Komitmen Pemerintah Daerah dalam meningkatkan kinerja BLUD dan kualitas pelayanan kesehatan.
3. Tersedianya pedoman pengelolaan keuangan BLUD, Standar Akuntansi Pemerintahan, serta indikator kinerja keuangan rumah sakit.	3. Digitalisasi sistem informasi keuangan rumah sakit yang semakin berkembang sehingga mempermudah monitoring kinerja.
4. Keterlibatan RS Vertikal Kementerian Kesehatan sebagai rumah sakit pengampu dalam proses pendampingan.	4. Dukungan BPKP, Kemendagri, Kementerian Keuangan, dan pemangku kepentingan lainnya dalam penguatan tata kelola keuangan daerah.

Weakness (Kelemahan)	Threat (Ancaman)
1. Kapasitas SDM keuangan dan akuntansi BLUD masih belum merata.	1. Perubahan regulasi pengelolaan keuangan daerah dan BLUD yang memerlukan penyesuaian cepat.
2. Pemanfaatan laporan keuangan sebagai dasar pengambilan keputusan manajemen belum optimal.	2. Tingginya ketergantungan pendapatan rumah sakit terhadap JKN sehingga mempengaruhi kinerja EBITDA.
3. Pengendalian biaya operasional, terutama biaya SDM dan farmasi, masih belum efektif di sebagian RSUD.	3. Keterlambatan pembayaran klaim BPJS maupun piutang pelayanan yang berdampak pada arus kas rumah sakit.
4. Monitoring indikator keuangan belum dilakukan secara rutin oleh seluruh rumah sakit.	4. Efisiensi anggaran pemerintah yang berpotensi membatasi pelaksanaan pembinaan secara tatap muka.

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai	232.310 .000	0	84.209.1 60

baik			
------	--	--	--

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Tata kelola RS Seluruh Indonesia : Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik sebesar Rp. 232.310.000,- pelaksanaan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut

- a) Melakukan penyusunan Pedoman Tata Kelola RS secara daring
- b) Melakukan rapat koordinasi secara hybrid (daring dan luring)
- c) Melakukan Pembinaan RS secara hybrid (daring dan luring)
- d) Melakukan monitoring dan evaluasi

9) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Dalam rangka mendukung pencapaian indikator Persentase Tata Kelola RS Seluruh Indonesia: Laporan Keuangan pada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota dengan nilai baik, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan telah melaksanakan berbagai kegiatan pembinaan sebagai berikut:

a. Kegiatan yang telah dilaksanakan

- Menyusun Pedoman Pembinaan Tata Kelola Rumah Sakit sebagai acuan pelaksanaan pembinaan tata kelola keuangan dan manajemen rumah sakit daerah.
- Melaksanakan pemetaan kondisi keuangan rumah sakit melalui analisis laporan keuangan, termasuk indikator EBITDA Margin, likuiditas, efisiensi biaya operasional, struktur pendapatan, piutang, dan solvabilitas.
- Melaksanakan bimbingan teknis, coaching clinic, dan pendampingan kepada 8 RSUD Provinsi dan 50 RSUD Kabupaten/Kota mengenai:
 - a. penyusunan laporan keuangan sesuai Standar Akuntansi Pemerintahan dan ketentuan BLUD;
 - b. analisis laporan keuangan;
 - c. pengendalian biaya operasional;
 - d. optimalisasi pendapatan rumah sakit; serta
 - e. penyusunan rencana aksi perbaikan keuangan.
- Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap implementasi rencana aksi melalui pertemuan daring maupun kunjungan lapangan untuk memastikan perbaikan indikator keuangan.
- Memfasilitasi forum berbagi praktik baik (best practice sharing) antara RS Vertikal

Kementerian Kesehatan dan RSUD binaan dalam pengelolaan keuangan, efisiensi operasional, pengendalian biaya, dan peningkatan pendapatan.

- Melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan, BPKP, serta pemangku kepentingan lainnya dalam mendukung implementasi tata kelola keuangan rumah sakit yang akuntabel dan berkelanjutan.
- Menyusun dashboard monitoring indikator keuangan rumah sakit sebagai instrumen pemantauan capaian pembinaan dan dasar pengambilan keputusan manajemen.

b. Kegiatan yang belum dilaksanakan atau perlu ditingkatkan

1. Pengembangan sistem monitoring keuangan rumah sakit secara digital dan real-time yang terintegrasi dengan sistem informasi rumah sakit dan pemerintah daerah.
2. Penyusunan mekanisme benchmarking nasional kinerja keuangan RSUD berdasarkan kelompok kelas rumah sakit dan karakteristik layanan.
3. Penguatan kapasitas SDM melalui program sertifikasi atau pelatihan berjenjang bagi pengelola keuangan RSUD.
4. Pengembangan mekanisme early warning system terhadap penurunan kinerja keuangan rumah sakit sebagai dasar intervensi pembinaan yang lebih cepat.
5. Penyusunan kebijakan insentif pembinaan berbasis capaian kinerja tata kelola keuangan guna mendorong peningkatan kualitas pengelolaan rumah sakit.
6. Penguatan integrasi pembinaan tata kelola keuangan dengan pembinaan tata kelola pelayanan, SDM, dan transformasi digital sehingga perbaikan kinerja rumah sakit dilakukan secara menyeluruh.

B. Sumber Daya Lainnya

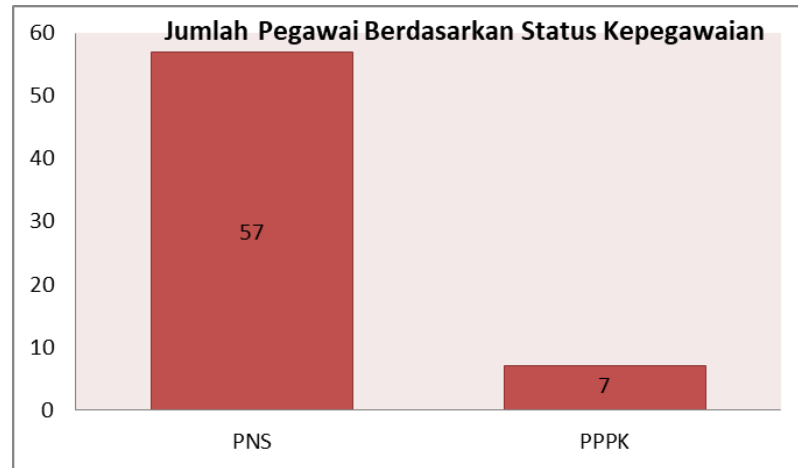
1. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu faktor yang sangat penting bahkan tidak bisa dilepaskan dari sebuah organisasi atau institusi. SDM dalam hal ini disebut sebagai pegawai merupakan faktor yang mempengaruhi perkembangan organisasi atau dapat dikatakan sebagai penggerak untuk mencapai tujuan organisasi tersebut.

A. Jumlah SDM

- 1) Jumlah SDM Berdasarkan Status Kepegawaian

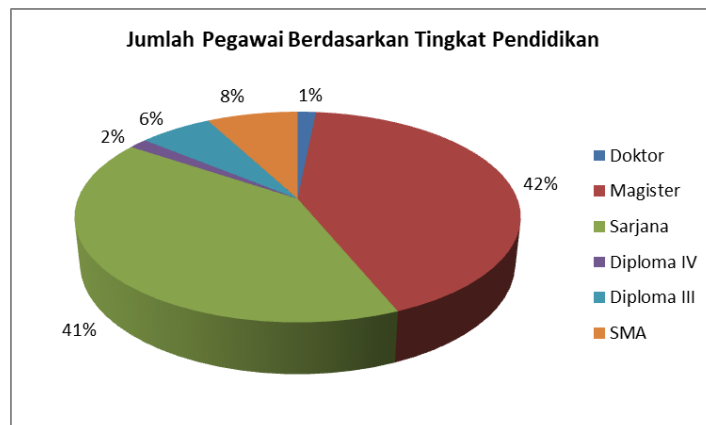
Sumber Daya Manusia pada Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan sampai dengan 30 Juni 2026 sebanyak 64 orang Aparatur Sipil Negara terdiri dari 57 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS), 7 orang Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK).



Gambar 3 1 Jumlah Sumber Daya Manusia Dit. TKPKR Berdasarkan Status Kepegawaian

2) Jumlah Pegawai Berdasarkan Pendidikan

Pegawai Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan yang memiliki jenjang pendidikan doktor sebanyak 2%, strata 2 (dua) atau magister di sebanyak 40%, jenjang strata 1 (satu) 41%, Diploma IV sebanyak 2%, Diploma III sebanyak 7% dan dan SLTA sebanyak 8%.

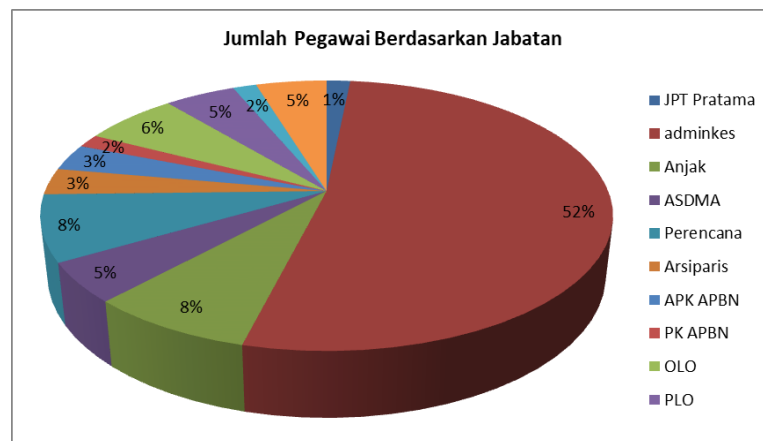


Gambar 3 2 Jumlah Sumber Daya Manusia Dit. TKPKR Berdasarkan Tingkat Pendidikan

3) Jumlah Pegawai berdasarkan Jenis Jabatan

Jabatan fungsional yang paling banyak dijabat oleh pegawai di lingkungan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan adalah Administrator Kesehatan yaitu sebanyak 33 orang (52%), selebihnya jabatan fungsional non

kesehatan seperti analis kebijakan dan jabatan fungsional lain yang berada di sub bagian administrasi umum.

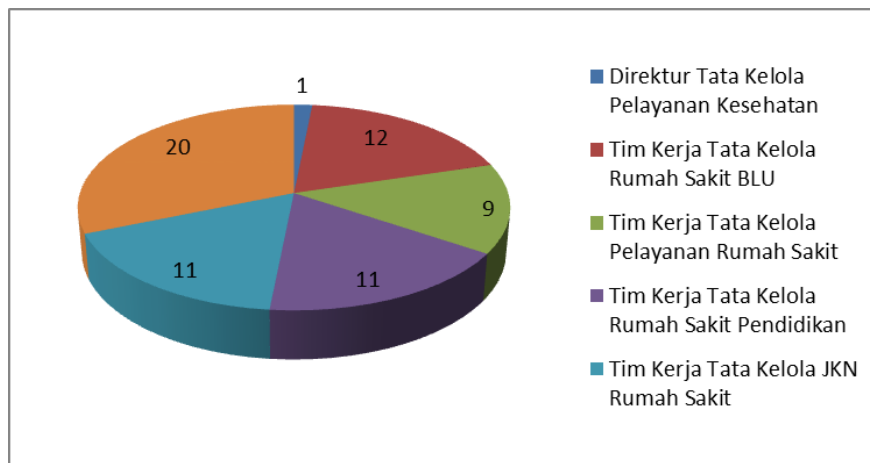


Gambar 3.3 Jumlah Sumber Daya Manusia Dit. TKPKR Berdasarkan Jabatan

4) Jumlah Pegawai Berdasarkan Tim Kerja

Dalam rangka melaksanakan tugas, fungsi tugas dan kebutuhan organisasi menyesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan program Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan, dibentuklah 5 Tim Kerja.

No	Nama Tim Kerja	Jumlah (orang)
1	Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan	1
2	Tim Kerja Tata Kelola Rumah Sakit BLU	12
3	Tim Kerja Tata Kelola Pelayanan Rumah Sakit	9
4	Tim Kerja Tata Kelola Rumah Sakit Pendidikan	11
5	Tim Kerja Tata Kelola JKN Rumah Sakit	11
6	Tim Kerja Dukungan Manajemen	20
Jumlah		64



Gambar 3 4 Jumlah Sumber Daya Manusia Dit. TKPKR berdasarkan Tim Kerja

B. Data Laporan Usul Tahun 2026

1) Jumlah Pegawai Yang Diusulkan Pensiun

Pada Januari - Juni 2026 terdapat 2 (dua) orang yang diusulkan pensiun karena mencapai batas usia pensiun yaitu:

No	Nama	Jabatan	TMT BUP
1.	Yustina Herlin E, SKM, M.Kes	Adminkes Ahli Madya	1 Maret 2027
2.	Tri Murtiningsih	Operator Layanan Operasional	1 Juli 2027

2) Jumlah Pegawai Yang Diusulkan Peningkatan Status CPNS Menjadi PNS dan Pindah Gaji

No	Nama	Jabatan	TMT PNS
1.	Shintiya Frisilia. SE.	Perencana Ahli Pertama	1 Juni 2026
2.	Muhamad Hilman, SE.	Perencana Ahli Pertama	1 Juni 2026
3.	Ghina Ulfarida, S.A.N.	ASDMA Ahli Pertama	1 Juni 2026
4.	Syifa Salsabila, SE.	Analisis Kebijakan Ahli Pertama	1 Juni 2026
5.	apt. Muhammad Ridwan Faturrohman, S. Farm	Adminkes Ahli Pertama	1 Juni 2026
6.	Fadillah Puspa Nadinnisa, S.Kep	Adminkes Ahli Pertama	1 Juni 2026

7.	Annisa Mayzealuna, S.Tr. Batra	Adminkes Ahli Pertama	1 Juni 2026
8.	Zainab, S.Kep	Adminkes Ahli Pertama	1 Juni 2026

3) Jumlah Pegawai Yang Diusulkan Kenaikan Jabatan Fungsional Tidak Naik Pangkat dan Naik Pangkat

No	Periode Usul	Jumlah Pegawai Yang diusulkan	Status	
			Selesai	Gagal
1.	Februari 2026	9 orang	7	2
2.	April 2026	3 orang	2	1
3.	Juni 2026	1 orang	1	0

4) Jumlah Pegawai Yang direkomendasikan Untuk Kenaikan Jafung Jenjang Madya

Terdapat 1 orang yang diusulkan untuk mendapatkan rekomendasi kenaikan jabatan fungsional administrator kesehatan ahli madya yaitu atas nama dr. Saprina, MARS.

5) Jumlah Pegawai Yang Diusulkan Untuk Mengikuti Uji Kompetensi Alih Jabatan dan Kenaikan Jenjang Jabatan

No	Nama	Uji Kompetensi	Status	
			Selesai	Gagal
1.	Nurkhalida, SKM, MKM	Kenaikan Jenjang	V	
2.	Ine Marsendra Amalia, SKM	Alih Jabatan	V	

6) Pegawai Yang Diusulkan Tugas Belajar

Pada Semester I tahun 2026 terdapat 3 orang pegawai yang diusulkan untuk melaksanakan tugas belajar yaitu:

No	Nama	Universitas Yang Dituju	Pembiayaan
----	------	-------------------------	------------

1.	dr. Kara Citra Kalandra	Harvard University jurusan Master of Public Health in Health Management	LPDP
2.	dr. Umam Fazlurrahman	Healthcare Administration di Nagoya University Graduate School of Medicine.	MEXT
3.	Friskania Devi Rosanti, SKM	Universitas Indonesia Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan	LPDP

C. Pegawai Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Yang melakukan *Assessment*

Terdapat 2 orang yang mengikuti *assessment* manajerial sosial kultural yaitu:

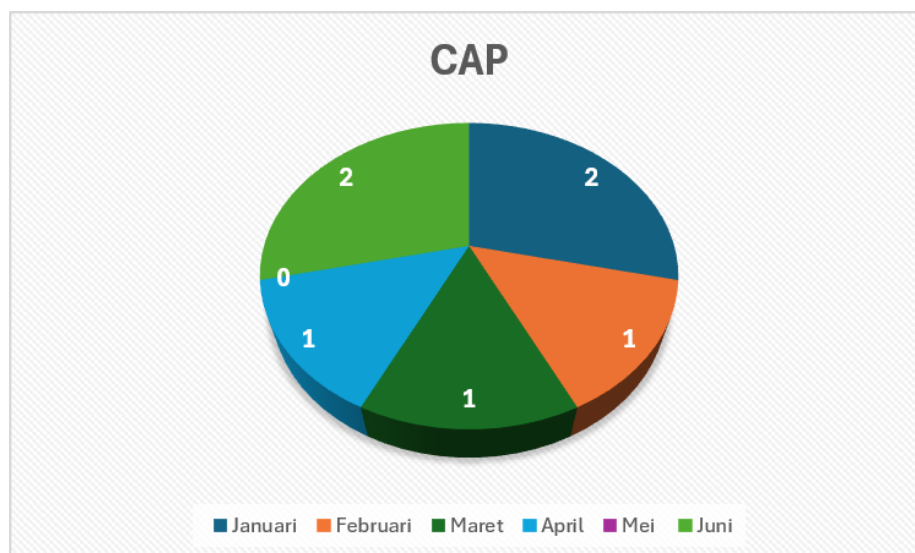
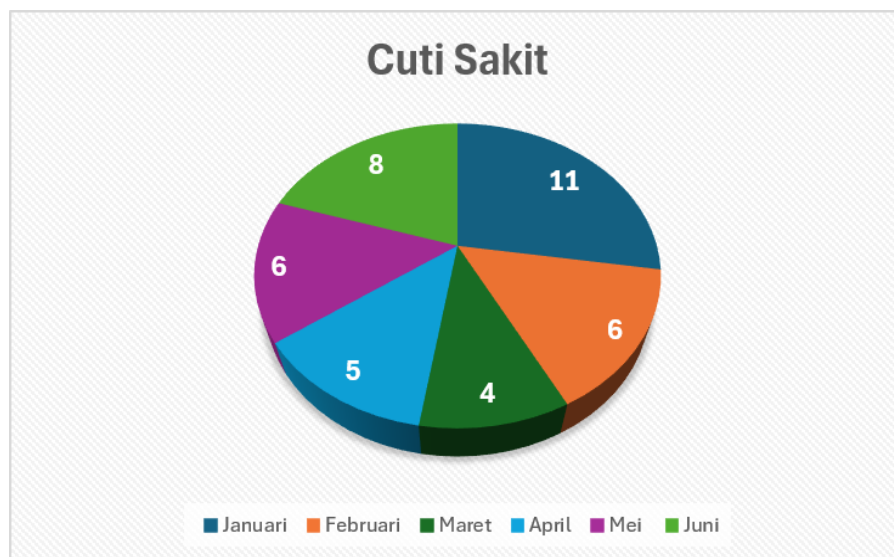
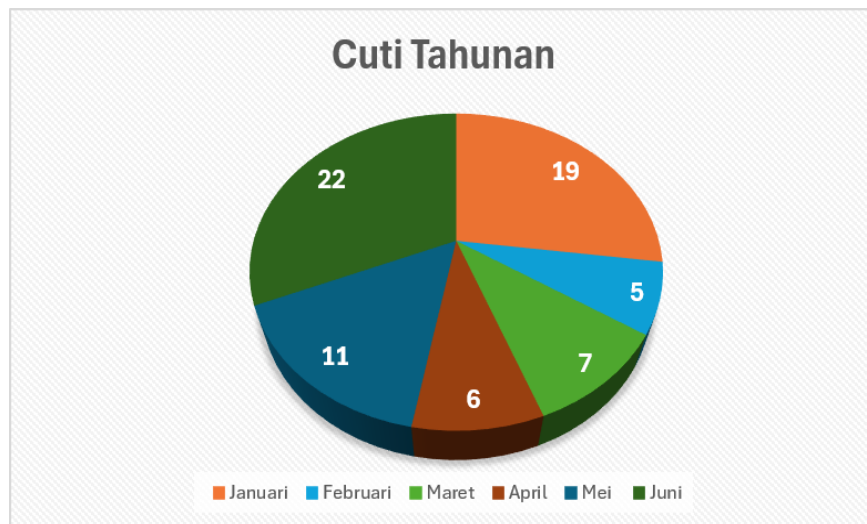
No	Nama	Kebutuhan	Status	
			Selesai	Gagal
1.	dr. Saprina Maryani, MARS	Kenaikan Jenjang		V
2.	Ine Marsendra Amalia, SKM	Alih Jabatan	V	

D. Jumlah Pegawai Yang Diusulkan Cuti

Pada Semester I Tahun 2026, terdapat 117 pengajuan cuti pegawai TKPR, yang terdiri atas:

- 1) **Cuti Tahunan:** 70 pengajuan, dengan jumlah terbanyak pada **bulan Juni sebanyak 22 pengajuan.**
- 2) **Cuti Sakit:** 40 pengajuan, dengan jumlah terbanyak pada **bulan Januari sebanyak 11 pengajuan.**
- 3) **CAP:** 7 pengajuan, dengan jumlah terbanyak pada **bulan Januari dan Juni, masing-masing sebanyak 2 pengajuan.**

Secara keseluruhan, **Cuti Tahunan merupakan kategori cuti yang paling banyak diajukan**, dengan puncak pengajuan terjadi pada **bulan Juni**.



Gambar 3 5 Jumlah Pegawai yang Melakukan Cuti

E. Jumlah Pegawai Yang Melakukan Pelaporan LHKPN dan LHKASN

Pada tahun 2026 terdapat 3 orang yang melaporkan LHKPN tahun 2025 yaitu Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan, PPK Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Bendahara Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan. Sementara itu sebanyak 64 pegawai telah melakukan pelaporan SPT/LHKASN tahun 2025, artinya pencapaian pelaporan harta kekayaan pejabat negara dan laporan harta kekayaan ASN melalui SPT adalah 100%.



Gambar 3 6 Jumlah Pegawai yang Telah Melaporkan LHKPN dan LHKASN

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Pengelolaan Barang Milik Negara Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan selama periode 1 Januari s/d 30 Juni 2026, dapat dilaporkan dalam bentuk Barang Persediaan, BMN Intrakomptabel, BMN Ekstrakomptabel, BMN Gabungan Intrakomptabel dan Ekstrakomptabel, dan Aset Tak Berwujud. Adapun laporan perkembangan masing-masing Barang Milik Negara adalah sebagai berikut :

a. Barang Persediaan	
Posisi Awal (1 Januari 2026)	: Rp 0
Penambahan	: Rp 0
Pengurangan	: Rp 0
Posisi Akhir (30 Juni 2026)	: Rp 0
b. BMN Intrakomptabel	
Posisi Awal (1 Januari 2026)	: Rp 752.729.454

Penambahan	: Rp 567.759.454
Pengurangan	: Rp 567.759.454
Posisi Akhir (30 Juni 2026)	: Rp 752.729.454
c. BMN Ekstrakomptabel	
Posisi Awal (1 Januari 2026)	: Rp 0
Penambahan	: Rp 0
Pengurangan	: Rp 0
Posisi Akhir (30 Juni 2026)	: Rp 0
d. BMN Gabungan Intra dan Ekstra	
Posisi Awal (1 Januari 2026)	: Rp 752.729.454
Penambahan	: Rp 567.759.454
Pengurangan	: Rp 567.759.454
Posisi Akhir (30 Juni 2026)	: Rp 752.729.454

Berdasarkan hasil laporan Posisi Milik Negara Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan berdasarkan neraca sampai dengan 30 Juni 2026 tercatat sebesar Rp.0 dengan angka penyusutan sebesar Rp. 752.729.454 (Sumber: Data SAKTI Modul Persediaan dan Modul Aset Tetap SAKTI Dit. Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan per 30 Juni 2026).

3. REALISASI ANGGARAN

A. Pencapaian Realisasi Anggaran Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan

Tabel 3 25 Pagu Anggaran dan Realisasi per 30 Juni 2026

ANGGARAN	PAGU	REALISASI SP2D Riil (OM SPAN)	
		RUPIAH	%
YANKES JKN	16.116.398.000	12.092.490.120	75,03 %
DUKMAN	0	0	0
TOTAL JKN + Dukman	16.116.398.000	12.092.490.120	75,03 %

Sesuai dengan DIPA revisi terakhir ke - 10 TA 2026, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan mengelola anggaran Yankes JKN sebesar Rp. 16.116.398.000,- (Enam belas milyar seratus enam belas juta tiga ratus sembilan puluh delapan ribu rupiah). Tidak ada pagu blokir pada anggaran tersebut.

Realisasi yang dapat dicapai oleh Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan berdasarkan data SP2D OMSPAN SAKTI Kementerian Keuangan per tanggal 30 Juni 2026 adalah sebesar Rp.12.092.490.120 atau 75,03%.

B. Masalah dalam Realisasi Anggaran

Pelaksanaan kegiatan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan pada tahun anggaran 2026 cukup berjalan dengan lancar dilihat dari adanya kenaikan pencapaian realisasi setiap minggunya yang dipantau langsung oleh Ketua Timker Dukungan Manajemen Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan melalui kegiatan monitoring dan evaluasi (weekly meeting).

Setiap satu minggu sekali, timker dukungan manajemen dipimpin oleh ketua timker mengadakan rapat mingguan (weekly meeting) yang membahas rencana kegiatan mingguan, capaian realisasi anggaran, dan kendala serta hambatan.

Realisasi anggaran tahun anggaran 2026 ini tidak mengalami kendala yang begitu besar. Hal ini terlihat dari sampai dengan semester I ini, Direktorat sudah mencapai realisasi sebesar 75,03%, angka tersebut jauh lebih besar dibandingkan semester I tahun anggaran 2025 yaitu hanya sebesar 19,00%.

Adapun menurut surat Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor KU.02.05/D.I/6916/2026 Hal Monitoring Penyerapan Anggaran Kantor Pusat Ditjen Kesehatan Lanjutan TA 2026 per 31 Juli 2026. Indikator penyerapan anggaran dihitung berdasarkan rata-rata nilai kinerja penyerapan anggaran pada setiap triwulan. Nilai kinerja penyerapan anggaran setiap triwulan dihitung berdasarkan nilai rata-rata tertimbang antara tingkat penyerapan anggaran terhadap target penyerapan anggaran masing-masing jenis belanja dengan memperhitungkan proporsi pagu masing-masing jenis belanja. Target penyerapan anggaran triwulanan untuk masing-masing jenis belanja dihitung berdasarkan pagu per jenis belanja dikurangi blokir anggaran yang terdapat pada DIPA Satker dengan persentase triwulan II ialah 40%, adapun realisasi Direktorat tata kelola pelayanan kesehatan rujukan sudah mencapai target yaitu sebesar 75,03 %. salah satu alasan realisasi anggaran cepat terserap ialah tidak terdapatnya pagu anggaran dukungan manajemen, yang sekarang sudah terpusat di Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Selain itu, terdapat perubahan kebijakan pada surat Sekretaris Jenderal Nomor PR.04.02/A/5965/2025 Hal Penyesuaian Ketentuan Pedoman Perencanaan, Penganggaran dan Penelitian RKA-K/L Kementerian Kesehatan TA 2026 yang salah satunya mengatur tentang perubahan pemberian uang harian perjalanan dinas biasa di dalam dan luar kota yang semula diberikan maksimal 80% (delapan puluh persen) dari Standar Biaya Masukan sekarang menjadi sesuai Standar Biaya Masukan sehingga anggaran lebih banyak mudah terserap.

C. Realisasi Anggaran per Indikator

Adapun realisasi anggaran per indikator per semester 1 Tahun Anggaran 2026 (30 Juni 2026) dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 3 26 Tabel Realisasi Anggaran per Indikator

No	Indikator Kinerja	Pagu	Realisasi Pagu	%
1	Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	10,440,699,000	10,231,268,422	97,99
2	Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	76,008,000	5,450,000	7,17
3	RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian	5,073,415,000	1,873,826,398	36,93
4	Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	77,000,000	-	0
5	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visit dokter pelayanan rawat inap	149,758,000	129,123,984	86,22
6	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	224,298,000	131,536,824	58,64
	TOTAL			

BAB IV

PENUTUP

Penyusunan LAKIP Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan Semester I Tahun 2026 merupakan bentuk pertanggungjawaban akuntabilitas kinerja dan anggaran, evaluasi kegiatan yang dibiayai DIPA tahun 2026 kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung dalam kurun waktu satu tahun, serta acuan bagi pelaksanaan program dan kegiatan di tahun mendatang agar dapat menjadi lebih baik lagi.

Pada tahun 2026, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan telah melaksanakan sejumlah aktivitas kegiatan untuk mencapai 6 target Indikator Kinerja Kegiatan. Pencapaian tersebut diharapkan mendorong Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan untuk terus melakukan perbaikan dalam pelaksanaan kinerjanya. Laporan ini memberikan gambaran sejauh mana capaian indikator kinerja satker Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan dan keberhasilan apa saja yang diperoleh serta permasalahan apa saja yang terjadi dalam kurun waktu enam bulan. Keberhasilan dan capaian kinerja tersebut tentunya didukung oleh semua komponen yang ada di lingkungan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan baik dari Aspek SDM, pendanaan/anggaran, maupun fasilitas penunjang kerja serta pola kepemimpinan dalam suatu organisasi.

Pencapaian pada semester I tahun 2026 diharapkan menjadi barometer agar kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien serta agar dapat memperoleh capaian di atas 100%. Sedangkan segala kekurangan dan hal-hal yang menghambat tercapainya target dan rencana kegiatan diharapkan dapat diidentifikasi pemecahan masalah secara cepat serta diselesaikan dengan cara yang tepat.

Demikian laporan ini dibuat dan dapat digunakan sebagai penilaian kinerja Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan selaku penanggungjawab kegiatan Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan semester I tahun 2026.