

Nomor : PR.01.04/D.VI/0232/2025

6 Februari 2026

Lampiran : 1 berkas

Hal : Penyampaian LAKIP Direktorat Mutu Pelayanan
Kesehatan Rujukan Tahun 2025

Yth. Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Bersama ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun 2025 sebagai bentuk akuntabilitas serta media pertanggung jawaban kinerja dengan merujuk surat Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan nomor PR.01.05/D.I/1008/2026 perihal Pemantauan dan Evaluasi Program Kegiatan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (Reviu Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan tahun 2025).

Demikian dokumen LAKIP ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.



Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan,

drg. Yuli Astuti Saripawan M.Kes

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
2. Inspektur I Kementerian Kesehatan



LAPORAN KINERJA
DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
DIREKTORAT JENDEERAL KESEHATAN LANJUTAN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2025



KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadiran Allah SWT berkat dan rahmat- Nya, Laporan Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Rujukan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan tahun anggaran 2025 dapat tersusun.

Laporan Kinerja ini merupakan media pertanggungjawaban kinerja dan salah satu cara evaluasi yang objektif, efisien dan efektif. Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan masukan dalam pengambilan kebijakan pimpinan dan perencanaan pada tahun mendatang serta dapat memberikan kontribusi kepada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan Kementerian Kesehatan dalam mewujudkan penyelenggaraan kinerja yang bersih dan bebas dari korupsi, kolusi serta nepotisme.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, maka Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Rujukan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan diharapkan melalui transformasi pelaporan kinerja ini dapat melaksanakan tugas pokok dan fungsinya dengan lebih baik.

Kami sampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan laporan ini. Masukan, saran dan umpan balik sangat kami harapkan guna penyempurnaan dan perbaikan kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Rujukan di masa mendatang di waktu yang akan datang.

Jakarta, 22 Januari 2026
Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan,

drg. Yuli Astuti Saripawan, M.Kes

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja ini merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan beserta seluruh satuan kerja di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebagai sumber informasi untuk perbaikan perencanaan ke depan serta peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Upaya yang telah dilakukan untuk mencapai indikator kinerja di atas adalah dengan melakukan modifikasi kegiatan Sosialisasi, Advokasi, Bimbingan Teknis, Peningkatan Kemampuan SDM pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan dan Fasilitas Kesehatan Lainnya, Penundaan kegiatan Pendampingan Akreditasi, serta pengalokasian anggaran sesuai prioritas.

Permasalahan yang dihadapi adalah keterbatasan akses dan waktu pelaksanaan kegiatan serta koordinasi karena adanya revisi anggaran, kesesuaian persepsi antara evaluator Laporan Kinerja dengan satker terhadap Kertas Kerja Evaluasi.

Realisasi anggaran sampai dengan tanggal 31 Desember 2025 sebesar Rp15.533.919.734,- (95,75%) dari alokasi Rp16.223.821.000,-. Sesuai tugas Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan yaitu pembinaan pelayanan kesehatan di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan - Kementerian Kesehatan, maka dana tersebut dialokasikan untuk mendukung pencapaian indikator kinerja serta pelaksanaan program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR 1

RINGKASAN EKSEKUTIF 2

DAFTAR ISI 3

BAB I PENDAHULUAN 4

 A. UMUM..... 4

 B. TUGAS DAN FUNGSI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN
 RUJUKAN..... 4

 C. TUGAS DAN FUNGSI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN
 RUJUKAN..... 5

 D. SUMBER DAYA 6

 E. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI 6

 F. ISU STRATEGIS YANG DIHADAPI OLEH DIREKTORAT MUTU PELAYANAN
 KESEHATAN RUJUKAN..... 8

BAB II PERENCANAAN KINERJA 11

 A. RENCANA AKSI PROGRAM..... 11

 B. PERJANJIAN KINERJA DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN
 RUJUKAN TAHUN 2024..... 13

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA..... 15

 A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN
 KESEHATAN RUJUKAN..... 15

 B. INDIKATOR DIREKTIF PIMPINAN 37

BAB IV PENUTUP 41

LAMPIRAN 42

BAB I

PENDAHULUAN

A. UMUM

Laporan Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun Anggaran 2025 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban kinerja atas pelaksanaan tugas dan fungsi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan. Amanat penyusunan Laporan Kinerja telah ditetapkan dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan bagi setiap Instansi Pemerintah untuk menyusun dokumen perencanaan strategis berupa Rencana Strategis, Rencana Kinerja Tahunan, Penetapan Perjanjian Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja. Secara teknis, tata cara penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Adapun Laporan Kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun Anggaran 2025 disusun untuk menunjukkan pencapaian kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan dalam mencapai sasaran strategisnya melalui pelaksanaan program dan kegiatan selama Tahun 2025 dan menjadi wujud pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi. Laporan Kinerja merupakan bentuk akuntabilitas kepada publik sesuai dengan tuntutan reformasi birokrasi. Laporan Kinerja juga bermanfaat sebagai bahan dalam rangka pemantauan, penilaian, evaluasi dan pengendalian atas kualitas kinerja sekaligus menjadi pendorong perbaikan kinerja dalam rangka terciptanya tata kelola pemerintahan yang baik.

B. TUGAS DAN FUNGSI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Sejak tahun 2025, terjadi perubahan struktur organisasi dalam Kementerian Kesehatan, yang semula mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, direvisi menjadi Peraturan Menteri Kesehatan nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Pada Permenkes nomor 21 tahun 2024 BAB VII Bagian Kedelapan Pasal 111, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan mempunyai tugas pokok melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, pemberian bimbingan teknis dan supervisi, evaluasi, dan pelaporan di bidang mutu pelayanan kesehatan rujukan.

Pada pasal 112, disebutkan bahwa dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan menyelenggarakan fungsi:

- a. penyiapan perumusan kebijakan di bidang peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan, dan perizinan kesehatan rujukan;
- b. pelaksanaan kebijakan di bidang peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan dan perizinan kesehatan rujukan;
- c. penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan dan perizinan kesehatan rujukan;
- d. pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan dan perizinan kesehatan rujukan;
- e. pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan; dan
- f. pelaksanaan urusan administrasi direktorat.

C. TUGAS DAN FUNGSI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Dengan merujuk pada Pasal 113 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, telah ditetapkan Keputusan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.03/D.VI/0399/2025 tentang Tim Pelaksana Tugas di Lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan struktur/susunan organisasi sebagai berikut.



Gambar 1.1 Struktur Organisasi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

D. SUMBER DAYA

1. Sumber Daya Manusia

Guna kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsi, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan didukung oleh kekuatan Sumber Daya Manusia sebanyak 70 (tujuh puluh) orang, yang terdiri atas:

- a. Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan (Eselon II), membawahi 6 (enam) Ketua Tim Kerja;
- b. Kelompok Jabatan Fungsional /ASN sebanyak 48 orang;
- c. Kelompok Jabatan Pelaksana sebanyak 16 orang.

2. Sumber Daya Anggaran

Dalam rangka mendukung program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan guna upaya pencapaian sasaran strategis, sebagaimana tercantum dalam perjanjian kinerja tahun 2025 maka dialokasikan anggaran pada DIPA Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2025 sebesar Rp13.369.519.000,- (tiga belas miliar tiga ratus enam puluh sembilan juta lima ratus sembilan belas ribu rupiah).

Anggaran tersebut bersumber dari penjumlahan APBN Program Pelayanan Kesehatan dan JKN serta penerimaan Hibah Luar Negeri. Adapun Hibah Luar Negeri yang didapat dalam bentuk uang dan dilaksanakan secara langsung oleh Kementerian Kesehatan/Lembaga yang telah dihitung dan dialokasikan sesuai dengan standar biaya dan peruntukannya dengan anggaran sebesar Rp 2.854.302.000,- (dua miliar delapan ratus lima puluh empat juta tiga ratus dua ribu rupiah) yang berasal WHO dan UNICEF.

E. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI

Periode tahun 2025–2029 merupakan tahapan awal pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025–2045 dalam rangka mewujudkan *Indonesia Emas 2045*. Oleh karena itu, RPJMN 2025–2029 menjadi periode pembangunan jangka menengah yang sangat strategis sebagai fondasi penguatan transformasi pembangunan nasional, termasuk transformasi sistem pelayanan kesehatan rujukan. Pada periode ini, pembangunan kesehatan diarahkan untuk memperkuat kualitas sumber daya manusia, meningkatkan daya saing ekonomi, serta memperkuat pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, merata, dan berkelanjutan guna meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Dalam mendukung pencapaian visi pembangunan nasional tersebut, Kementerian Kesehatan menyusun rencana strategis sebagai landasan pelaksanaan

pembangunan kesehatan periode 2025–2029 yang selaras dengan arah kebijakan RPJMN 2025–2029 serta agenda transformasi sistem kesehatan. Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan, sesuai dengan tugas dan fungsinya sebagaimana diatur dalam regulasi organisasi dan tata kerja Kementerian Kesehatan, berperan strategis dalam mendukung pencapaian sasaran RPJMN dan target kinerja yang tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025–2029, khususnya pada aspek penjaminan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan dan rujukan.

Tujuan strategis Kementerian Kesehatan dalam periode RPJMN 2025–2029 diarahkan untuk mendukung misi Presiden di bidang kesehatan, antara lain melalui penguatan pelayanan kesehatan lanjutan dan rujukan yang berkualitas dan berkeadilan, peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat, pemenuhan sumber daya kesehatan yang kompeten dan merata, serta penguatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih, dan inovatif. Dalam rangka mencapai tujuan strategis penguatan pelayanan kesehatan rujukan tersebut, ditetapkan sasaran strategis berupa meningkatnya ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, yang salah satu upaya utamanya difokuskan pada penguatan sistem penjaminan mutu melalui penyempurnaan dan keberlanjutan sistem akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan pemerintah dan swasta.

Arah kebijakan pembangunan kesehatan nasional dalam RPJMN 2025–2029 menekankan percepatan transformasi pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, aman, dan berorientasi pada keselamatan pasien, didukung oleh tata kelola pelayanan yang efektif, kolaborasi lintas sektor dan publik–swasta, serta pemanfaatan inovasi dan teknologi kesehatan. Indikator mutu pelayanan kesehatan rujukan, termasuk cakupan dan tingkat akreditasi rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan Unit Pengelola Darah (UPD), menjadi instrumen utama dalam mengukur kinerja pembangunan kesehatan pada periode ini.

Capaian akreditasi pelayanan kesehatan rujukan pada periode 2020–2024 menjadi baseline penting bagi penguatan mutu pada periode RPJMN 2025–2029. Seluruh rumah sakit yang terdaftar di Kementerian Kesehatan hingga akhir periode sebelumnya telah terakreditasi, dengan mayoritas mencapai tingkat akreditasi paripurna. Capaian tersebut menjadi modal utama untuk mendorong peningkatan mutu layanan rujukan secara berkelanjutan, pemerataan kualitas layanan rumah sakit, serta pengembangan layanan unggulan dan subspesialistik.

Selain rumah sakit, peran laboratorium kesehatan dan Unit Pengelola Darah (UPD) menjadi semakin strategis dalam mendukung pelayanan kesehatan rujukan

dan program prioritas nasional di bidang kesehatan. Hingga tahun 2024, sebagian besar laboratorium kesehatan telah tersertifikasi akreditasi, sementara capaian akreditasi UPD masih memerlukan percepatan dan penguatan pada periode RPJMN 2025–2029. Penguatan penjaminan mutu laboratorium kesehatan dan UPD diarahkan untuk menjamin keandalan layanan, keselamatan pasien, serta kesiapsiagaan sistem kesehatan dalam menghadapi tantangan kesehatan di masa depan.

F. ISU STRATEGIS YANG DIHADAPI OLEH DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Sejalan dengan arah kebijakan pembangunan nasional dalam RPJMN 2025–2029 serta agenda transformasi sistem kesehatan menuju Indonesia Emas 2045, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan menghadapi sejumlah isu strategis dalam upaya penjaminan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan dan rujukan. Isu-isu strategis tersebut meliputi:

1) Peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan

Dalam beberapa tahun terakhir, jumlah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dan tenaga kesehatan spesialis menunjukkan peningkatan. Namun demikian, distribusi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, layanan unggulan, serta sumber daya manusia kesehatan yang belum merata masih menimbulkan kesenjangan antarwilayah. Selain itu, ketersediaan dan kualitas sarana, prasarana, serta peralatan medis di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan masih bervariasi, yang berdampak pada mutu dan kesinambungan pelayanan kesehatan lanjutan.

Mutu pelayanan kesehatan rujukan telah menjadi agenda penting dalam pembangunan kesehatan. Meskipun telah terdapat berbagai regulasi yang mengatur mutu pelayanan kesehatan, pengukuran mutu layanan rujukan masih menghadapi tantangan, antara lain belum sepenuhnya terintegrasinya dimensi mutu pelayanan, serta kecenderungan penggunaan indikator berbasis cakupan yang belum sepenuhnya mencerminkan kualitas layanan dan keselamatan pasien.

2) Ketersediaan dan kepatuhan terhadap standar mutu klinis dan keselamatan pasien di pelayanan kesehatan rujukan

Tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan yang terstandar dan aman semakin meningkat, seiring dengan penguatan sistem jaminan kesehatan nasional dan perkembangan teknologi medis. Fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dituntut untuk memberikan pelayanan sesuai

dengan standar mutu klinis dan prinsip keselamatan pasien. Oleh karena itu, ketersediaan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran, Panduan Praktik Klinis, serta standar pelayanan rujukan yang mutakhir, mudah diakses, dan aplikatif menjadi kebutuhan yang sangat penting untuk meminimalkan variasi praktik klinis.

Meskipun implementasi keselamatan pasien di rumah sakit telah berkembang, kepatuhan terhadap standar mutu klinis dan keselamatan pasien masih memerlukan penguatan. Selain itu, sistem pemantauan, evaluasi, dan umpan balik terhadap kepatuhan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dalam menerapkan standar pelayanan dan standar keselamatan pasien belum berjalan secara optimal dan terintegrasi.

3) Resistansi antimikroba dan penguatan pengendalian penggunaan antimikroba di pelayanan kesehatan rujukan

Antimicrobial Resistant (AMR) merupakan ancaman serius terhadap mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan rujukan, khususnya di rumah sakit dengan kompleksitas layanan tinggi. Peningkatan kejadian infeksi akibat kuman resisten berdampak pada meningkatnya angka kesakitan, kematian, lama rawat, serta pembiayaan pelayanan kesehatan. Kondisi ini diperberat oleh penggunaan antibiotik yang belum sepenuhnya rasional, variasi kepatuhan terhadap Pedoman Penggunaan Antibiotik, serta keterbatasan pemanfaatan data mikrobiologi klinik sebagai dasar pengambilan keputusan terapi.

Meskipun kebijakan dan program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) telah diterapkan di rumah sakit, implementasinya masih belum optimal dan merata, baik dari aspek tata kelola, kapasitas sumber daya manusia, maupun dukungan sistem informasi. Keterbatasan akses dan mutu pemeriksaan mikrobiologi, termasuk penyusunan dan pemanfaatan antibiogram rumah sakit, menjadi tantangan dalam mendukung praktik klinis berbasis bukti. Selain itu, integrasi pengendalian resistansi antimikroba dengan sistem penjaminan mutu dan keselamatan pasien di pelayanan kesehatan rujukan masih memerlukan penguatan agar dapat mendukung peningkatan mutu layanan secara berkelanjutan pada periode RPJMN 2025–2029.

4) Budaya mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan

Berbagai upaya peningkatan mutu telah dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan melalui pendekatan yang beragam, termasuk melalui akreditasi rumah sakit dan fasilitas penunjang rujukan. Namun demikian, akreditasi belum sepenuhnya mendorong terbentuknya budaya mutu dan keselamatan pasien yang berkelanjutan. Pemahaman terhadap standar

akreditasi masih bervariasi di antara pengelola dan tenaga kesehatan, serta implementasi standar mutu sering kali belum terinternalisasi dalam praktik pelayanan sehari-hari. Tantangan lain adalah belum tersedianya ukuran dan mekanisme penilaian budaya mutu dan keselamatan pasien yang sistematis di tingkat nasional.

5) Peran dan pemberdayaan pasien serta keluarga dalam pelayanan kesehatan rujukan

Pasien dan keluarga merupakan mitra penting dalam pelayanan kesehatan rujukan, khususnya dalam pengambilan keputusan klinis dan pengelolaan pelayanan berorientasi keselamatan pasien. Namun demikian, tingkat literasi pasien dan keluarga terkait mutu pelayanan dan keselamatan pasien masih terbatas, sehingga keterlibatan aktif dalam pengambilan keputusan bersama belum optimal. Kondisi ini diperkuat oleh keterbatasan komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien, serta keterbatasan akses terhadap informasi yang transparan dan mudah dipahami mengenai mutu pelayanan kesehatan rujukan.

6) Komitmen pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan pemangku kepentingan

Dalam era desentralisasi, keberlanjutan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan sangat bergantung pada komitmen dan dukungan pembiayaan dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, serta pemangku kepentingan lainnya. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang bersifat wajib belum sepenuhnya diikuti dengan komitmen penganggaran yang memadai di daerah. Keterbatasan kapasitas fiskal daerah berpotensi menjadi tantangan dalam menjaga keberlanjutan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, sehingga diperlukan penguatan advokasi dan kolaborasi lintas pemangku kepentingan.

7) Data, indikator, sistem informasi dan pengembangan-pemanfaatannya

Pengembangan dan pemanfaatan data mutu pelayanan kesehatan rujukan masih menghadapi tantangan, antara lain adanya berbagai indikator mutu yang dikembangkan oleh berbagai pihak namun belum terintegrasi. Kondisi ini menimbulkan beban pelaporan bagi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dengan kapasitas sistem informasi yang bervariasi. Selain itu, data mutu yang diperoleh dari akreditasi, survei, dan sistem informasi lainnya belum dimanfaatkan secara optimal sebagai dasar pengambilan keputusan dan evaluasi kebijakan peningkatan mutu secara nasional.

BAB II
PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA AKSI PROGRAM

Perencanaan Kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Dalam rencana kinerja (Renja) Kementerian/Lembaga Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan tahun 2025, sebagaimana telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi.

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 dijabarkan bahwa Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan, adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Berdasarkan Permenkes Nomor 12 Tahun 2025

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target				
			2025	2026	2027	2028	2029
1.	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Lanjutan	IKK 16.4.1 Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	8%	16%	24%	32%	40%
		IKK 16.4.2 Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan	8%	16%	24%	32%	40%
2.	Rumah Sakit pemerintah yang melaporkan implementasi Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) kepada Kementerian Kesehatan melalui aplikasi sistem informasi Rumah Sakit	IKK 16.6.1 Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)	30%	50%	60%	70%	80%

Strategi mutu pelayanan kesehatan ke depan diarahkan pada ekspansi yang terstruktur melalui 4 (empat) strategi umum dan 3 (tiga) strategi fungsional. Implementasi strategi tersebut dilaksanakan secara terintegrasi melalui peran Tim Kerja di lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan, serta berkontribusi langsung terhadap pencapaian indikator kinerja kegiatan (IKK), khususnya IKK 16.4.1, IKK 16.4.2, dan IKK 16.6.1.

Adapun keterkaitan strategi dengan IKK dijabarkan sebagai berikut:

1. **Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu**
Dilaksanakan oleh Tim Kerja Perizinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lanjutan melalui penyusunan NSPK, fasilitasi perizinan, serta monitoring dan evaluasi. Strategi ini mendukung pencapaian **IKK 16.4.1 dan IKK 16.4.2** melalui pemenuhan standar awal fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi prasyarat dalam penerapan indikator mutu.
2. **Meningkatkan kinerja klinis seluruh penyedia pelayanan kesehatan**
Dilaksanakan oleh Tim Kerja Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit dan UPD, serta Tim Kerja Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Laboratorium Klinik dan Klinik Utama melalui penguatan akreditasi, implementasi indikator nasional mutu (INM), keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Strategi ini secara langsung berkontribusi terhadap pencapaian **IKK 16.4.1 (RS) dan IKK 16.4.2 (Klinik Utama)**.
3. **Mendorong budaya mutu di fasilitas pelayanan kesehatan**
Dilaksanakan melalui pembinaan teknis, sosialisasi, dan monitoring implementasi budaya mutu oleh Tim Kerja terkait. Penguatan budaya mutu ini mendukung konsistensi pencapaian target indikator nasional mutu, sehingga berkontribusi pada **IKK 16.4.1 dan IKK 16.4.2**.
4. **Memberdayakan pasien, keluarga, dan masyarakat**
Dilaksanakan oleh Tim Kerja Pembinaan, Pengawasan, dan Pengelolaan Pengaduan melalui pengelolaan pengaduan serta pembinaan pelayanan. Strategi ini berkontribusi secara tidak langsung terhadap peningkatan mutu layanan dan capaian **IKK 16.4.1 dan IKK 16.4.2**, melalui peningkatan responsivitas dan kualitas pelayanan.
5. **Menguatkan regulasi, tata kelola, dan sistem kesehatan**
Dilaksanakan oleh seluruh Tim Kerja melalui penyusunan NSPK, kebijakan mutu, serta penguatan tata kelola program. Strategi ini mendukung pencapaian seluruh IKK, yaitu **IKK 16.4.1, IKK 16.4.2, dan IKK 16.6.1**, melalui penyediaan kerangka regulasi yang mendukung implementasi mutu dan program prioritas.
6. **Meningkatkan komitmen pemerintah pusat, daerah, dan pemangku kepentingan**

Dilaksanakan melalui koordinasi lintas sektor, advokasi, dan pembinaan oleh seluruh Tim Kerja. Strategi ini mendukung keberhasilan implementasi INM dan PPRA, sehingga berkontribusi terhadap pencapaian **IKK 16.4.1, IKK 16.4.2, dan IKK 16.6.1.**

7. Mendorong pengukuran mutu, penelitian, dan pemanfaatan informasi strategis

Dilaksanakan oleh seluruh Tim Kerja dengan dukungan Tim Kerja Dukungan Manajemen melalui pengelolaan data, sistem informasi, serta monitoring dan evaluasi. Strategi ini secara langsung mendukung pengukuran dan pelaporan capaian indikator, khususnya **IKK 16.4.1 dan IKK 16.4.2**, serta pemantauan implementasi **IKK 16.6.1.**

Secara khusus, pencapaian **IKK 16.6.1 (implementasi PPRA)** dilaksanakan oleh Tim Kerja AMR dan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi melalui penyusunan kebijakan, implementasi program, serta monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPRA di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.

Seluruh strategi dan kegiatan tersebut dilaksanakan secara sinergis antar Tim Kerja melalui pendekatan pembinaan, pengawasan, fasilitasi, serta penguatan sistem informasi dan pelaporan, guna memastikan tercapainya target indikator kinerja kegiatan secara optimal dan berkelanjutan.

B. PERJANJIAN KINERJA DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TAHUN

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

Perjanjian kinerja (*Lampiran 1 dan Lampiran 2*) yang diwujudkan dalam penetapan kinerja merupakan dokumen pernyataan kinerja atau kesepakatan kinerja atau perjanjian kinerja antara atasan dan bawahan untuk mewujudkan target kinerja tertentu berdasarkan pada sumber daya yang dimiliki. Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan menyusun perjanjian kinerja tahun 2025 mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029. Target kinerja ini menjadi komitmen bagi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan untuk mencapainya dalam tahun 2025-2029 (***mengacu Permenkes No.12 tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029***).

Pada tahun 2025 Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran pada Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Rp. 25.450.960.000,- (dua puluh lima milyar empat ratus lima puluh juta sembilan ratus enam puluh ribu rupiah) sebagaimana ditampilkan pada *Lampiran 3*.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

1. Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Lanjutan

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan tahun 2025 diarahkan pada peningkatan mutu dan keberlanjutan pelayanan kesehatan lanjutan dan rujukan dalam rangka mendukung pencapaian cakupan kesehatan semesta serta penguatan sistem kesehatan nasional. Pembangunan kesehatan rujukan difokuskan pada peningkatan kualitas layanan, keselamatan pasien, dan pemerataan mutu pelayanan kesehatan lanjutan yang didukung oleh tata kelola yang baik, inovasi, serta pemanfaatan teknologi kesehatan.

Dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan lanjutan yang bermutu, diperlukan penjaminan mutu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Salah satu instrumen utama penjaminan mutu tersebut adalah melalui pelaksanaan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan, termasuk rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan Unit Transfusi Darah. Akreditasi bertujuan untuk menilai kesesuaian tata kelola, pelayanan klinis, serta penerapan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.

Dasar hukum pelaksanaan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter dan Praktik Mandiri Dokter Gigi, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah, serta regulasi terkait lainnya yang mengatur akreditasi rumah sakit. Melalui penguatan sistem akreditasi tersebut, diharapkan mutu pelayanan kesehatan lanjutan dan rujukan dapat terus ditingkatkan secara berkelanjutan guna menjamin keselamatan pasien dan kualitas layanan kesehatan.

1) Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)

Indikator ini digunakan untuk mengukur tingkat pencapaian target Indikator Nasional Mutu pada rumah sakit sebagai bagian dari upaya penjaminan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan. Penerapan dan pencapaian Indikator Nasional Mutu mencerminkan komitmen rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, dan berorientasi pada keselamatan pasien sebagai perwujudan tanggung jawab negara dalam menjamin hak masyarakat atas pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan dan pemantauan Indikator Nasional Mutu pada rumah sakit sejalan dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3), serta Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menegaskan bahwa pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara bermutu, aman, dan berkesinambungan. Capaian indikator ini menjadi tolok ukur kinerja rumah sakit dalam menerapkan standar pelayanan kesehatan berkualitas, sekaligus sebagai dasar pembinaan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan secara berkelanjutan.

a. Definisi Operasional

Persentase rumah sakit yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu di rumah sakit.

b. Cara Perhitungan

Jumlah rumah sakit Pemerintah (Kemenkes, KL Lain dan Pemda) yang telah mencapai seluruh target INM di rumah sakit dibagi dengan total jumlah rumah sakit Pemerintah yang telah teregistrasi maksimal tahun 2027, dikali 100%.

$$\frac{\text{Jumlah rumah sakit Pemerintah (Kemenkes, KL Lain dan Pemda) yang telah mencapai seluruh target INM di rumah sakit}}{\text{Total jumlah rumah sakit Pemerintah yang telah teregistrasi maksimal tahun 2027}} \times 100\%$$

c. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Persentase RS yang mencapai target Indikator Nasional Mutu memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 2. Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Kegiatan (Renstra)	Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	8%	12,8%	160%	Capaian indikator ini telah melampaui target yang ditetapkan

Sumber data: Data Aplikasi Mutufasyankes (2025)

Pada tahun 2025, target yang ditetapkan untuk indikator ini sebesar 8%, sedangkan capaian yang berhasil diraih mencapai 12,8%. Dengan demikian, persentase realisasi terhadap target yang ditetapkan adalah sebesar 160%. Data capaian indikator ini dihimpun melalui sistem pelaporan menggunakan aplikasi mutufasyankes.kemkes.go.id.

d. **Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir**

Indikator Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) memiliki pencapaian per triwulan untuk tahun 2025 sebagai berikut.

Tabel 3. Capaian Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) tahun 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian TW I 2025	Capaian TW II 2025	Capaian TW III 2025	Capaian TW IV 2025
Indikator Kinerja Kegiatan (Renstra)	Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	8%	15,5%	12,4%	11,5%	12,8%

Sumber data: Aplikasi Mutufasyankes (2025)

Perbandingan dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan untuk melibatkan beberapa tahun terakhir dikarenakan pencapaian kinerja baru mulai tersedia pada tahun 2025 (indikator baru). Meskipun demikian, persentase RS yang mencapai seluruh target INM untuk setiap triwulan dapat dilihat sebagaimana ditampilkan pada Tabel 3 di atas.

e. **Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi**

Berikut tabel perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah, saat ini indikator masih dalam awal periode renstra sehingga untuk membandingkan dengan jangka menengah membutuhkan data di tahun selanjutnya.

Tabel 4. Capaian Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) 2025 dibandingkan target jangka menengah

No	Indikator Target	Target					Realisasi Capaian 2025	Persentase Realisasi Terhadap Target 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		
1	Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	8%	16%	24%	32%	40%	12,8%	160%

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 12,8%, dari target tahunan sebesar 8%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja saat ini telah berada dalam jalur yang sesuai, bahkan melampaui target tahun 2025

dengan persentase realisasi sudah mencapai 160% dari angka target 2025. Namun demikian, terdapat tantangan yang lebih besar untuk mencapai target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029, karena diperlukan konsistensi pencapaian (pencapaian seluruh target INM bagi RS) untuk mencapai target yang meningkat di setiap tahunnya.

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

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembandingan (*benchmarking*) pada realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator ini. Selain itu, capaian indikator inilah yang akan menjadi angka pencapaian secara nasional.

g. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Analisis terhadap pencapaian kinerja pada indikator Persentase RS yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pada tahun 2025 menunjukkan bahwa capaian telah memenuhi target yang ditetapkan. Meskipun indikator ini merupakan indikator yang relatif baru sehingga tren peningkatan atau penurunan belum dapat dianalisis secara longitudinal, capaian yang diperoleh mencerminkan komitmen rumah sakit dalam melaksanakan pengukuran dan pelaporan indikator mutu secara konsisten sesuai ketentuan. Keberhasilan pencapaian indikator ini didukung oleh beberapa faktor, antara lain:

- Meningkatnya kepatuhan rumah sakit dalam melaksanakan pengukuran dan pelaporan INM secara rutin dan tepat waktu.
- Pelaksanaan pembinaan, sosialisasi, serta monitoring dan evaluasi secara berkala oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan, sehingga mendorong peningkatan kualitas pelaporan dan pemanfaatan data mutu.
- Pemanfaatan mekanisme pelaporan yang tersedia secara optimal sebagai sarana pemantauan capaian indikator mutu di rumah sakit.

Dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan capaian tersebut, beberapa upaya yang telah dan akan terus dilakukan antara lain:

- Penguatan koordinasi dengan pemangku kepentingan terkait dalam meningkatkan kepatuhan dan kualitas pelaporan INM di rumah sakit.

- Pengembangan dan integrasi sistem informasi pelaporan indikator nasional mutu dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) guna meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaporan.
- Peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan melalui bimbingan teknis, diseminasi, serta evaluasi berkelanjutan terhadap capaian indikator nasional mutu.

h. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi sumber daya merupakan faktor kunci dalam mencapai kinerja yang optimal. Pemanfaatan sumber daya secara efektif dan efisien tidak hanya memastikan penggunaan anggaran dan tenaga kerja yang tepat sasaran, tetapi juga meminimalkan pemborosan dan meningkatkan produktivitas. Dengan mengelola sumber daya secara efisien, organisasi dapat mencapai target kinerja dengan biaya yang lebih rendah dan waktu yang lebih singkat, sekaligus menjaga kualitas hasil yang diharapkan. Berikut ini Pagu dan Realisasi atas KRO/RO/Komponen yang mendukung pencapaian indikator Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu):

Tabel 5. Kegiatan yang mendukung Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) tahun 2025

Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Tersedia	Realisasi
5836.PBG.001. Rekomendasi Peningkatan Kepatuhan Pelaporan Indikator Nasional Mutu dan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit dan Unit Pengelola Darah	Rp 426.429.000	Rp 610.535.000	Rp 593.827.783
Total	Rp 426.429.000	Rp 610.535.000	Rp 593.827.783

Merujuk informasi pada tabel yang telah ditampilkan, indikator Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) memiliki pagu awal sebesar Rp 426.429.000,- yang kemudian mendapat kebijakan untuk efisiensi dan penggabungan dengan RO lain, sehingga anggaran dileburkan menjadi Rp 610.535.000,- dan nilai realisasi sebesar Rp 593.827.783,-. Dengan demikian dapat ditampilkan tabel efisiensi pencapaian indikator sebagai berikut.

Tabel 6. Tabel Efisiensi pencapaian indikator Persentase RS yang mencapai target INM
(Indikator Nasional Mutu) tahun 2025

IKP	Pagu Awal	Capaian Output/Target Output*100%	Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)	Realisasi Anggaran	{Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)} / Pagu Awal
Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	426.429.000	1,60	682.286.400	593.827.783	0,21

Berdasarkan tabel di atas, terjadi efisiensi sumber daya dalam capaian indikator sebesar 21%. Efisiensi ini diperoleh dari angka realisasi capaian yang telah mencapai 160% dari target dan pagu terakhir yang telah mendapatkan efisiensi dari pagu awal. Selain itu, bentuk efisiensi sumber daya dalam pencapaian indikator tersebut juga didukung dengan pelaksanaan kegiatan dengan alternatif sebagai berikut.

- melakukan sosialisasi dan peningkatan kapasitas fasyankes serta dinas kesehatan terkait INM secara daring,
- memanfaatkan sistem aplikasi mutufasyankes untuk melakukan pemantauan bulanan,
- melakukan evaluasi dan umpan balik secara daring pada setiap triwulan.

i. **Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja**

(1) **Penguatan kebijakan dan regulasi penyelenggaraan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit**

- (a) Penetapan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan sebagai landasan transformasi sistem kesehatan, termasuk penguatan mutu pelayanan.
- (b) Penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 yang mengatur implementasi pelayanan kesehatan termasuk aspek mutu.
- (c) Penetapan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 sebagai acuan utama dalam pengukuran dan pelaporan INM di fasilitas pelayanan kesehatan.
- (d) Penyusunan dan harmonisasi kebijakan teknis lainnya yang mendukung implementasi dan pelaporan indikator nasional mutu di rumah sakit.

(2) **Koordinasi lintas program, lintas sektor, dan pemangku kepentingan**

- (a) Koordinasi dengan Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dalam penguatan sistem informasi dan tata kelola pelaporan mutu.
- (b) Koordinasi lintas sektor dengan Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, serta BPJS Kesehatan dalam mendukung kebijakan, pembiayaan, dan penguatan implementasi mutu pelayanan kesehatan.

(3) Peningkatan kepatuhan rumah sakit dalam pengukuran dan pelaporan INM

- (a) Pelaksanaan sosialisasi dan diseminasi indikator nasional mutu kepada rumah sakit secara berkelanjutan.
- (b) Monitoring terhadap kepatuhan rumah sakit dalam pelaporan INM, termasuk ketepatan waktu dan kelengkapan data.
- (c) Penguatan komitmen manajemen rumah sakit dalam menjadikan INM sebagai bagian dari pengendalian mutu internal.

(4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah, dan fasilitas pelayanan kesehatan

- (a) Pelaksanaan bimbingan teknis dan workshop kepada Dinas Kesehatan dan rumah sakit terkait pengukuran, pelaporan, dan pemanfaatan data INM.
- (b) Pendampingan teknis dalam peningkatan kualitas data dan analisis indikator mutu.
- (c) Penguatan kapasitas SDM dalam pengelolaan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.

(5) Pembinaan dan pengawasan implementasi INM di rumah sakit

- (a) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap capaian indikator nasional mutu.
- (b) Pembinaan kepada rumah sakit dalam meningkatkan kepatuhan dan kualitas pelaporan.
- (c) Identifikasi kendala dan tindak lanjut perbaikan berbasis hasil evaluasi.

(6) Penyampaian hasil evaluasi dan umpan balik

- (a) Penyampaian hasil analisis capaian INM kepada rumah sakit dan Dinas Kesehatan sebagai bahan perbaikan berkelanjutan.
- (b) Diseminasi hasil capaian indikator nasional mutu sebagai bentuk transparansi dan pembelajaran bersama.
- (c) Pemberian rekomendasi teknis untuk peningkatan kinerja mutu pelayanan kesehatan.

(7) Pengembangan dan penguatan sistem informasi pelaporan INM

- (a) Pengembangan sistem informasi pelaporan indikator nasional mutu yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
- (b) Pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi pelaporan INM.
- (c) Penyempurnaan sistem pelaporan untuk meningkatkan akurasi, ketepatan waktu, dan kemudahan akses data.

2) Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan

Indikator ini digunakan untuk mengukur tingkat pencapaian target Indikator Nasional Mutu pada Klinik Utama sebagai bagian dari upaya penjaminan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Penerapan dan pencapaian Indikator Nasional Mutu mencerminkan komitmen Klinik Utama dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, dan berorientasi pada keselamatan pasien, sebagai perwujudan tanggung jawab negara dalam menjamin hak masyarakat atas pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan dan pemantauan Indikator Nasional Mutu pada Klinik Utama sejalan dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3), serta Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menegaskan bahwa pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara bermutu, aman, dan berkesinambungan. Capaian indikator ini menjadi tolok ukur kinerja Klinik Utama dalam menerapkan standar pelayanan kesehatan berkualitas, sekaligus sebagai dasar pembinaan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

a. Definisi Operasional

Persentase Klinik Utama yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu. (rincian INM akan mengikut kriteria kebijakan terupdate).

b. Cara Perhitungan

Jumlah Klinik Utama yang telah mencapai seluruh target INM Klinik Utama dibagi Jumlah Klinik Utama yang teregistrasi dikali 100%.

$$\frac{\text{Jumlah Klinik Utama yang telah mencapai seluruh target INM Klinik Utama yang ditentukan}}{\text{Jumlah Klinik Utama yang teregistrasi}} \times 100\%$$

c. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 7. Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Kegiatan (Renstra)	Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan	8%	26,94%	336,75%	Capaian indikator ini telah melampaui target yang ditetapkan

Sumber data: Data Aplikasi Mutufasyankes (2025)

Pada tahun 2025, target yang ditetapkan untuk indikator ini sebesar 8%, sedangkan capaian yang berhasil diraih mencapai 26,94%. Dengan demikian, persentase realisasi terhadap target yang ditetapkan adalah sebesar 336,75%. Data capaian indikator ini dihimpun melalui sistem pelaporan menggunakan aplikasi mutufasyankes.kemkes.go.id.

d. **Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir**

Indikator Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan memiliki pencapaian per triwulan untuk tahun 2025 sebagai berikut.

Tabel 8. Capaian Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan tahun 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian TW I 2025	Capaian TW II 2025	Capaian TW III 2025	Capaian TW IV 2025
Indikator Kinerja Kegiatan (Renstra)	Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan	8%	39,52%	6,03%	33,49%	26,94%

Sumber data: Aplikasi Mutufasyankes (2025)

Perbandingan dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan untuk melibatkan beberapa tahun terakhir dikarenakan pencapaian kinerja baru mulai tersedia pada tahun 2025 (indikator baru). Meskipun demikian, Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM)

Pelayanan Kesehatan yang ditentukan untuk setiap triwulan dapat dilihat sebagaimana ditampilkan pada Tabel di atas.

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

Berikut tabel perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah, saat ini indikator masih dalam awal periode renstra sehingga untuk membandingkan dengan jangka menengah membutuhkan data di tahun selanjutnya.

Tabel 9. Capaian Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan 2025 dibandingkan target jangka menengah

No	Indikator Target	Target					Realisasi Capaian 2025	Persentase Realisasi Terhadap Target 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		
1	Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan	8%	16%	24%	32%	40%	26,94%	336,75%

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 26,94%, dari target tahunan sebesar 8%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja saat ini telah berada dalam jalur yang sesuai, bahkan melampaui target tahun 2025 dengan persentase realisasi sudah mencapai 336,75% dari angka target 2025. Namun demikian, terdapat tantangan untuk mempertahankan kuantitas dan kualitas capaian selama periode jangka menengah tahun 2026 hingga 2029, karena diperlukan konsistensi pencapaian (pencapaian seluruh target INM bagi Klinik Utama) untuk mencapai target yang meningkat di setiap tahunnya.

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

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembanding (*benchmarking*) pada realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator ini. Selain itu, capaian indikator inilah yang akan menjadi angka pencapaian secara nasional.

g. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Analisis terhadap pencapaian kinerja pada indikator Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pada tahun 2025 menunjukkan bahwa capaian tidak hanya memenuhi, tetapi juga melampaui target yang telah ditetapkan. Meskipun indikator ini relatif baru sehingga tren peningkatan atau penurunan belum dapat dianalisis secara longitudinal, capaian yang diperoleh mencerminkan komitmen yang kuat dari Klinik Utama dalam melaksanakan pengukuran dan pelaporan indikator mutu secara konsisten sesuai ketentuan. Keberhasilan pencapaian indikator ini didukung oleh beberapa faktor, antara lain:

- Meningkatnya kepatuhan Klinik Utama dalam melaksanakan pengukuran dan pelaporan INM secara rutin dan tepat waktu.
- Pelaksanaan pembinaan, sosialisasi, serta monitoring dan evaluasi secara berkala oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan, yang mendorong peningkatan kualitas pelaporan serta pemanfaatan data mutu sebagai dasar pengambilan keputusan.
- Pemanfaatan mekanisme pelaporan yang tersedia secara optimal sebagai sarana pemantauan capaian indikator mutu di Klinik Utama.

Dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan capaian tersebut, beberapa upaya yang telah dan akan terus dilakukan antara lain:

- Penguatan koordinasi dengan pemangku kepentingan terkait dalam meningkatkan kepatuhan dan kualitas pelaporan INM di Klinik Utama.
- Pengembangan dan integrasi sistem informasi pelaporan indikator nasional mutu dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) guna meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaporan.
- Peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan melalui bimbingan teknis, diseminasi, serta evaluasi berkelanjutan terhadap capaian indikator nasional mutu.

h. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi sumber daya merupakan faktor kunci dalam mencapai kinerja yang optimal. Pemanfaatan sumber daya secara efektif dan efisien tidak hanya memastikan penggunaan anggaran dan tenaga kerja yang tepat sasaran, tetapi juga meminimalkan pemborosan dan meningkatkan produktivitas. Dengan mengelola sumber daya secara efisien, organisasi dapat mencapai target kinerja dengan biaya yang lebih rendah dan waktu

yang lebih singkat, sekaligus menjaga kualitas hasil yang diharapkan. Berikut ini Pagu dan Realisasi atas KRO/RO/Komponen yang mendukung pencapaian indikator Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan:

Tabel 10. Kegiatan yang mendukung Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan tahun 2025

Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Tersedia	Realisasi
5836.AFA.003 Standar Mutu dan Akreditasi Klinik Utama dan Laboratorium Medis	Rp 358.140.000	Rp 194.400.000	Rp 187.770.000
5836.BKC.003 Standar Mutu dan Akreditasi Klinik Utama dan Laboratorium Medis	Rp 208.950.000	Rp 555.600.000	Rp 554.474.374
Total	Rp 567.090.000	Rp 750.000.000	Rp 742.244.374

Merujuk informasi pada tabel yang telah ditampilkan, indikator Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan memiliki pagu awal sebesar Rp 567.090.000,- yang kemudian mendapat kebijakan untuk efisiensi dan penggabungan dengan RO lain, sehingga anggaran dileburkan menjadi Rp 750.000.000,- dan nilai realisasi sebesar Rp 742.244.374,-. Dengan demikian dapat ditampilkan tabel efisiensi pencapaian indikator sebagai berikut.

Tabel 11. Tabel Efisiensi pencapaian indikator Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan tahun 2025

IKP	Pagu Awal	Capaian Output/Target Output*100%	Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)	Realisasi Anggaran	{Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)} / Pagu Awal
Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	567.090.000	3,37	1.909.675.575	742.244.374	2,06

Berdasarkan tabel di atas, terjadi efisiensi sumber daya dalam capaian indikator sebesar 206%. Efisiensi ini diperoleh dari angka realisasi capaian yang telah mencapai 337% dari target dan pagu terakhir yang telah mendapatkan efisiensi dari pagu awal. Selain itu, bentuk efisiensi sumber daya dalam pencapaian indikator tersebut juga didukung dengan pelaksanaan kegiatan dengan alternatif sebagai berikut.

- melakukan sosialisasi dan peningkatan kapasitas fasyankes serta dinas kesehatan terkait INM secara daring,
- memanfaatkan sistem aplikasi mutufasyankes untuk melakukan pemantauan bulanan,
- melakukan evaluasi dan umpan balik secara daring pada setiap triwulan.

i. Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

(1) Penguatan kebijakan dan regulasi penyelenggaraan mutu pelayanan kesehatan di Klinik Utama

- (a) Penetapan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan sebagai landasan transformasi sistem kesehatan, termasuk penguatan mutu pelayanan.
- (b) Penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 yang mengatur implementasi pelayanan kesehatan termasuk aspek mutu.
- (c) Penetapan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 sebagai acuan utama dalam pengukuran dan pelaporan INM di fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk Klinik Utama.
- (d) Penyusunan dan harmonisasi kebijakan teknis lainnya yang mendukung implementasi dan pelaporan indikator nasional mutu di Klinik Utama.

(2) Koordinasi lintas program, lintas sektor, dan pemangku kepentingan

- (a) Koordinasi dengan Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dalam penguatan sistem informasi dan tata kelola pelaporan mutu.
- (b) Koordinasi lintas sektor dengan Bappenas, Kementerian Keuangan, serta BPJS Kesehatan dalam mendukung kebijakan, pembiayaan, dan penguatan implementasi mutu pelayanan kesehatan.

(3) Peningkatan kepatuhan Klinik Utama dalam pengukuran dan pelaporan INM

- (a) Pelaksanaan sosialisasi dan diseminasi indikator nasional mutu kepada Klinik Utama secara berkelanjutan.
- (b) Monitoring terhadap kepatuhan Klinik Utama dalam pelaporan INM, termasuk ketepatan waktu dan kelengkapan data.
- (c) Penguatan komitmen manajemen Klinik Utama dalam menjadikan INM sebagai bagian dari pengendalian mutu internal..

(4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah, dan fasilitas pelayanan kesehatan

- (a) Pelaksanaan bimbingan teknis dan workshop kepada Dinas Kesehatan dan Klinik Utama terkait pengukuran, pelaporan, dan pemanfaatan data INM.
- (b) Pendampingan teknis dalam peningkatan kualitas data dan analisis indikator mutu di Klinik Utama.
- (c) Penguatan kapasitas SDM dalam pengelolaan mutu dan keselamatan pasien di Klinik Utama..

(5) Pembinaan dan pengawasan implementasi INM di Klinik Utama

- (a) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap capaian indikator nasional mutu di Klinik Utama.
- (b) Pembinaan kepada Klinik Utama dalam meningkatkan kepatuhan dan kualitas pelaporan.
- (c) Identifikasi kendala dan tindak lanjut perbaikan berbasis hasil evaluasi.

(6) Penyampaian hasil evaluasi dan umpan balik

- (a) Penyampaian hasil analisis capaian INM kepada Klinik Utama dan Dinas Kesehatan sebagai bahan perbaikan berkelanjutan.
- (b) Diseminasi hasil capaian indikator nasional mutu sebagai bentuk transparansi dan pembelajaran bersama.
- (c) Pemberian rekomendasi teknis untuk peningkatan kinerja mutu pelayanan kesehatan di Klinik Utama.

2. Meningkatnya Rumah Sakit pemerintah yang melaporkan implementasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) kepada Kementerian Kesehatan melalui aplikasi sistem informasi Rumah Sakit

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan tahun 2025 diarahkan pada penguatan pengendalian resistensi antimikroba melalui peningkatan implementasi dan pelaporan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) di rumah sakit pemerintah. Upaya ini menjadi bagian penting dalam mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan, keselamatan pasien, serta penguatan sistem kesehatan nasional melalui penggunaan antibiotik yang rasional dan pengendalian infeksi yang efektif. Pemanfaatan teknologi informasi kesehatan juga menjadi kunci dalam memastikan pelaporan yang akurat, tepat waktu, dan terintegrasi.

Dalam rangka mewujudkan pelaporan implementasi PPRA yang optimal, diperlukan penguatan tata kelola program di rumah sakit pemerintah, termasuk pembentukan dan penguatan tim PPRA, penerapan kebijakan penggunaan antibiotik yang rasional, serta pelaksanaan surveilans resistensi antimikroba. Selain

itu, sistem pelaporan yang terintegrasi melalui aplikasi sistem informasi rumah sakit menjadi instrumen penting dalam memantau pelaksanaan PPRA secara nasional. Data yang dihasilkan dari pelaporan tersebut digunakan sebagai dasar pengambilan kebijakan, pembinaan, serta evaluasi berkelanjutan dalam pengendalian resistensi antimikroba.

Dasar hukum pelaksanaan pengendalian resistensi antimikroba mengacu pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan serta kebijakan dan pedoman teknis terkait Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui penguatan implementasi dan pelaporan PPRA yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional, diharapkan rumah sakit pemerintah dapat meningkatkan kepatuhan pelaporan serta efektivitas program, sehingga berkontribusi pada pengendalian resistensi antimikroba dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

1) Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)

Indikator ini digunakan untuk mengukur tingkat implementasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) di rumah sakit sebagai bagian dari upaya penjaminan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, khususnya dalam penggunaan antibiotik yang rasional dan pengendalian resistensi antimikroba. Pelaksanaan PPRA mencerminkan komitmen rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan efektif, serta berorientasi pada keselamatan pasien dan pencegahan risiko kesehatan yang lebih luas akibat resistensi antimikroba.

Pelaksanaan dan pemantauan PPRA di rumah sakit sejalan dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3), serta Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menegaskan bahwa pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara bermutu, aman, dan berkelanjutan. Selain itu, implementasi PPRA juga mendukung upaya nasional dan global dalam pengendalian resistensi antimikroba melalui pendekatan yang terintegrasi dan berkelanjutan.

Capaian indikator ini menjadi tolok ukur kinerja rumah sakit dalam mengimplementasikan program pengendalian resistensi antimikroba secara efektif, sekaligus sebagai dasar pembinaan, pengawasan, dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan secara berkelanjutan.

a. Definisi Operasional

Kriteria RS yang mengimplementasikan PPRA:

- (1) Memiliki Tim Pengendalian Resistansi Antimikroba.
- (2) Memiliki Program Pengendalian Resistansi Antimikroba.
- (3) Melaporkan implementasi Program Pengendalian Resistansi Antimikroba kepada Kementerian Kesehatan

b. Cara Perhitungan

Jumlah RS yang mengimplementasikan PPRA dibagi jumlah seluruh RS t-1 dikali 100%.

$$\frac{\text{Jumlah RS yang mengimplementasikan PPRA}}{\text{Jumlah seluruh RS t - 1}} \times 100\%$$

c. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 12. Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Kegiatan (Renstra)	Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA)	30%	34,45%	114,83%	Capaian indikator ini telah melampaui target yang ditetapkan

Sumber data: Data SIRS Online (2025)

Pada tahun 2025, target yang ditetapkan untuk indikator ini sebesar 30%, sedangkan capaian yang berhasil diraih mencapai 34,45%. Dengan demikian, persentase realisasi terhadap target yang ditetapkan adalah sebesar 114,83%. Data capaian indikator ini dihimpun melalui sistem pelaporan menggunakan aplikasi SIRS Online.

d. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Indikator Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) memiliki pencapaian per triwulan untuk tahun 2025 sebagai berikut.

Tabel 13. Capaian Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) tahun 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian TW I 2025	Capaian TW II 2025	Capaian TW III 2025	Capaian TW IV 2025
Indikator Kinerja Kegiatan (Renstra)	Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA)	30%	11,75%	11,75%	17,90%	34,45 %

Sumber data: SIRS Online (2025)

Perbandingan dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan untuk melibatkan beberapa tahun terakhir dikarenakan pencapaian kinerja baru mulai tersedia pada tahun 2025 (indikator baru). Meskipun demikian, persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) untuk setiap triwulan dapat dilihat sebagaimana ditampilkan pada Tabel 13 di atas.

e. **Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi**

Berikut tabel perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah, saat ini indikator masih dalam awal periode renstra sehingga untuk membandingkan dengan jangka menengah membutuhkan data di tahun selanjutnya.

Tabel 14. Capaian Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) 2025 dibandingkan target jangka menengah

No	Indikator Target	Target					Realisasi Capaian 2025	Persentase Realisasi Terhadap Target 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		
1	Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA)	30%	50%	60%	70%	80%	34,45%	114,83%

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 34,45%, dari target tahunan sebesar 30%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja saat ini

telah berada dalam jalur yang sesuai, bahkan melampaui target tahun 2025 dengan persentase realisasi sudah mencapai 114,83% dari angka target 2025. Namun demikian, terdapat tantangan yang lebih besar untuk mencapai target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029, karena diperlukan konsistensi pencapaian (terutama pencapaian seluruh kriteria implementasi PPRA di RS) untuk mencapai target yang meningkat di setiap tahunnya.

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

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembandingan (*benchmarking*) pada realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator ini. Selain itu, capaian indikator inilah yang akan menjadi angka pencapaian secara nasional.

g. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Analisis terhadap pencapaian kinerja pada indikator Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) pada tahun 2025 menunjukkan bahwa capaian tidak hanya memenuhi, tetapi juga melampaui target yang telah ditetapkan. Meskipun indikator ini masih relatif baru sehingga tren peningkatan atau penurunan belum dapat dianalisis secara longitudinal, capaian yang diperoleh mencerminkan komitmen yang kuat dari rumah sakit dalam mengimplementasikan program pengendalian resistensi antimikroba secara konsisten sesuai ketentuan. Keberhasilan pencapaian indikator ini didukung oleh beberapa faktor, antara lain:

- Meningkatnya kepatuhan rumah sakit dalam melaksanakan komponen utama PPRA, termasuk pengendalian penggunaan antibiotik dan pelaporan pelaksanaan program secara berkala.
- Pelaksanaan pembinaan, sosialisasi, serta monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan, sehingga mendorong peningkatan kualitas implementasi program dan pemanfaatan data.
- Penguatan koordinasi lintas program dan lintas sektor dalam mendukung pelaksanaan PPRA di rumah sakit.

Dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan capaian tersebut, beberapa upaya yang telah dan akan terus dilakukan antara lain:

- Penguatan koordinasi dengan pemangku kepentingan terkait dalam meningkatkan kualitas implementasi PPRA di rumah sakit.
- Pengembangan dan integrasi sistem informasi pelaporan PPRA dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional guna meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaporan.
- Peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan melalui bimbingan teknis, diseminasi, serta evaluasi berkelanjutan terhadap pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba.

h. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi sumber daya merupakan faktor kunci dalam mencapai kinerja yang optimal. Pemanfaatan sumber daya secara efektif dan efisien tidak hanya memastikan penggunaan anggaran dan tenaga kerja yang tepat sasaran, tetapi juga meminimalkan pemborosan dan meningkatkan produktivitas. Dengan mengelola sumber daya secara efisien, organisasi dapat mencapai target kinerja dengan biaya yang lebih rendah dan waktu yang lebih singkat, sekaligus menjaga kualitas hasil yang diharapkan. Berikut ini Pagu dan Realisasi atas KRO/RO/Komponen yang mendukung pencapaian indikator Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA):

Tabel 15. Kegiatan yang mendukung Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) tahun 2025

Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Tersedia	Realisasi
5836.QDB.012 Pembinaan Pelaksanaan AMR dan PPI di Rumah Sakit	Rp 128.628.000	Rp 128.628.000	Rp 113.202.400
5836.QKC.001 Pemantauan Penggunaan Antibiotik dan PGA di Rumah Sakit	Rp 171.372.000	Rp 171.372.000	Rp 168.607.023
Total	Rp 300.000.000	Rp 300.000.000	Rp 281.809.423

Merujuk informasi pada tabel yang telah ditampilkan, indikator Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu) memiliki pagu awal sebesar Rp 300.000.000,- dan nilai realisasi sebesar Rp 281.809.423,-. Dengan demikian dapat ditampilkan tabel efisiensi pencapaian indikator sebagai berikut.

Tabel 16. Tabel Efisiensi pencapaian indikator Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) tahun 2025

IKP	Pagu Awal	Capaian Output/Target Output*100%	Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)	Realisasi Anggaran	{Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)} / Pagu Awal
Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)	300.000.000	1,15	344.500.000	281.809.423	0,21

Berdasarkan tabel di atas, terjadi efisiensi sumber daya dalam capaian indikator sebesar 21%. Efisiensi ini diperoleh dari angka realisasi capaian yang telah mencapai 115% dari target dan realisasi anggaran yang mencapai 93%. Selain itu, bentuk efisiensi sumber daya dalam pencapaian indikator tersebut juga didukung dengan pelaksanaan kegiatan dengan alternatif sebagai berikut.

- melakukan sosialisasi dan peningkatan kapasitas fasyankes serta dinas kesehatan terkait Pelaporan PPRA secara daring,
- memanfaatkan sistem aplikasi SIRS Online untuk melakukan pemantauan triwulanan,
- melakukan evaluasi dan umpan balik secara daring pada setiap triwulan.

i. **Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja**

(1) **Penguatan kebijakan dan regulasi pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit**

- (a) Penetapan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan sebagai landasan penguatan mutu pelayanan kesehatan, termasuk pengendalian resistensi antimikroba.
- (b) Penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 yang mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara bermutu dan aman.
- (c) Penyusunan dan penetapan kebijakan teknis serta pedoman pelaksanaan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) di rumah sakit.
- (d) Harmonisasi regulasi lintas sektor dalam mendukung implementasi pendekatan *One Health* dalam pengendalian resistensi antimikroba

(2) **Penguatan tata kelola dan kelembagaan PPRA di rumah sakit**

- (a) Pembentukan dan penguatan tim PPRA di rumah sakit sesuai standar.
- (b) Penetapan kebijakan internal rumah sakit terkait penggunaan antibiotik secara rasional.
- (c) Integrasi pelaksanaan PPRA dengan program keselamatan pasien dan pencegahan serta pengendalian infeksi (PPI)..

(3) Koordinasi lintas program, lintas sektor, dan pemangku kepentingan

- (a) Koordinasi dengan Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dalam penguatan tata kelola program dan pelaporan PPRA.
- (b) Koordinasi dengan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dalam sinergi program PPI dan surveilans resistensi antimikroba.
- (c) Koordinasi lintas sektor dengan Bappenas, Kementerian Pertanian, dan Kementerian Lingkungan Hidup dalam mendukung implementasi pendekatan *One Health*..

(4) Peningkatan kapasitas sumber daya manusia dan fasilitas pelayanan kesehatan

- (a) Pelaksanaan bimbingan teknis, workshop, dan pelatihan terkait implementasi PPRA, termasuk penggunaan antibiotik rasional dan surveilans resistensi.
- (b) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam pengelolaan antibiotik, audit penggunaan antibiotik, dan interpretasi data resistensi.
- (c) Penguatan sarana dan prasarana pendukung, termasuk laboratorium mikrobiologi dan sistem surveilans.

(5) Peningkatan kepatuhan rumah sakit dalam implementasi PPRA

- (a) Sosialisasi dan advokasi kepada manajemen rumah sakit terkait pentingnya implementasi PPRA.
- (b) Monitoring terhadap kepatuhan rumah sakit dalam menjalankan komponen utama PPRA, termasuk kebijakan antibiotik, audit penggunaan, dan pelaporan.
- (c) Penguatan komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung keberlanjutan program PPRA.

(6) Pembinaan, monitoring, dan evaluasi pelaksanaan PPRA

- (a) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap implementasi PPRA di rumah sakit.

- (b) Pembinaan teknis kepada rumah sakit dalam mengatasi kendala pelaksanaan program.
- (c) Analisis capaian dan identifikasi faktor keberhasilan serta area perbaikan dalam implementasi PPRA..

(7) Penyampaian hasil evaluasi dan umpan balik

- (a) Penyampaian hasil evaluasi implementasi PPRA kepada rumah sakit dan Dinas Kesehatan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan.
- (b) Diseminasi praktik baik (*best practices*) dalam pengendalian resistensi antimikroba.
- (c) Pemberian rekomendasi teknis untuk peningkatan efektivitas program PPRA di rumah sakit.

B. INDIKATOR DIREKTIF PIMPINAN

1. Realisasi Anggaran

Realisasi Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Tahun Anggaran 2025 sampai dengan 31 Desember 2025 Rp 15.553.407.676,- (95,87%) dari alokasi pagu revisi Rp 16.223.821.000,-, sudah dengan penambahan realisasi penerimaan hibah. Dalam menunjang pelaksanaan percepatan prioritas program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan guna mendukung upaya pencapaian sasaran strategis, dialokasikan anggaran pada DIPA Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2025 sebesar Rp 14.683.409.000,- (empat belas milyar enam ratus delapan puluh tiga juta empat ratus sembilan ribu rupiah), dan penambahan penerimaan dana hibah WHO dalam bentuk uang sebesar Rp 1.540.412.000,- (satu milyar lima ratus empat puluh juta empat ratus dua belas ribu rupiah) menjadi sebesar Rp 16.223.821.000,- (enam belas milyar dua ratus dua puluh tiga juta delapan ratus dua puluh satu ribu rupiah).

Tabel 17. Realisasi Anggaran Dit. Mutu Pelayanan Kesehatan TA 2025
Per 31 Desember 2025

Kegiatan	Pagu TA 2025	Realisasi	%	Sisa Dana
MPKRS	2.409.440.000	2.288.738.664	94,99%	120.701.336
AMRPPI	300.000.000	293.108.365	97,70%	6.891.635
MPKL	750.000.000	742.244.374	98,97%	7.755.626
BINWAS	1.087.741.000	1.077.822.001	99,09%	9.918.999
PERIZINAN	300.000.000	273.384.912	91,13%	26.615.088
DUKMAN JKN	9.227.139.000	8.737.808.506	94,70%	489.330.494
DUKMAN 4813	609.089.000	600.083.890	98,52%	9.005.110
Hibah	1.540.412.000	1.540.216.964	99,99%	195.036
Dit MPK	16.223.821.000	15.553.407.676	95,87%	670.413.324

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator program dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut dapat diperoleh informasi pencapaian indikator kinerja, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program di masa yang akan datang, agar setiap program yang direncanakan ke depan dapat lebih berhasil guna dan berdayaguna.

2. Capaian Kinerja

Dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat, Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan mendapat tugas dalam melakukan pembinaan pelayanan kesehatan dengan tujuan meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat, dan Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan sebagaimana yang tercantum pada Rencana Kerja Kementerian/Lembaga (RENJA K/L) tahun 2025.

- i. Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)
- ii. Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan
- iii. Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)

Pengukuran kinerja dimaksudkan untuk mengetahui capaian masing- masing target indikator kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan khususnya dibandingkan dengan target yang sudah ditetapkan di awal tahun. Manfaat hasil pengukuran kinerja ini dapat memberikan informasi/gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis (RENSTRA) Kementerian Kesehatan dan Rencana Kinerja Kementerian/Lembaga.

Secara umum pencapaian kinerja pelaksanaan program di lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan dilaporkan berdasarkan pengelompokan indikator dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 18. Indikator Sasaran Strategis (ISS) Kementerian Kesehatan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2025	Capaian	Keterangan
ISS 16 Persentase fasilitas pelayanan kesehatan mencapai akreditasi paripurna	Persentase fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Klinik Utama, Unit Pengelola Darah, Laboratorium Medis dan Rumah Sakit pemerintah) dengan akreditasi paripurna	33%	52,11%	Fasyankes Terakreditasi Paripurna : 8.467 Puskesmas = 5.527 Rumah Sakit Pemerintah = 469 Klinik Utama = 1.900 Unit Pengelola Darah = 143 Lab Medis = 428 Denominator : 15.833 Puskesmas = 10.300 Rumah Sakit Pemerintah = 1.219 Klinik Utama = 3.601 Unit Pengelola Darah = 258 Lab Medis = 869 8.467/16.247=52.11%

Indikator	Definisi Operasional	Target 2025	Capaian	Keterangan
ISS 17 Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan	Mengukur tingkat kepuasan Masyarakat dalam bentuk feedback dan survey terhadap pelayanan Kesehatan oleh puskesmas dan fasilitas Kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan Klinik Utama)	77	89,54	Nilai hasil survei kepuasan: RS = 88,85 Klinik Utama = 92,43 Puskesmas = 87,34 Jumlah Melapor Kepuasan Pasien: RS = 2.882 Klinik Utama = 970 Puskesmas = 5.230 $(88,85 + 92,43 + 87,34) / 3 = 89,54$

Tabel 19. Indikator Kinerja Program (IKP) Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2024	Capaian	Keterangan
IKP 16.3 Persentase Fasyankes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	Persentase RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampunan yang menerapkan panduan praktik klinis atau Clinical Pathway untuk 10 penyakit prioritas.	50	40,10	40,1% (262 RS / 653 RS)
IKP 16.4 Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	Persentase RS Pemerintah yang telah melaksanakan akreditasi dengan status Paripurna dan berlaku dalam kurun waktu 2025-2029	38	38,47	38,47% (469 RS / 1.219 RS)
IKP 16.6 Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	RS Pemerintah yang memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar $\geq 80\%$. Yang termasuk RS Pemerintah adalah RSVK/L, RS milik pemda Prov/Kab/Kota. Pemberian antibiotik sistemik adalah pemberian antibiotik sesuai dengan antibiogram (peta kuman) dan/atau PPK (Panduan praktik klinis) yang ditetapkan RS	10	9,52	9.52% (116 RS/1219 RS)
IKP 17.2	Rata-rata Indeks Kepuasan Pasien di fasilitas pelayanan Kesehatan lanjutan (Rumah	77	90,64	Nilai indeks kepuasan:

Indikator	Definisi Operasional	Target 2024	Capaian	Keterangan
Tingkat kepuasan pasien di Fasyankes lanjutan	Sakit dan Klinik Utama) yang dievaluasi Fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi ditentukan berdasarkan jumlah minimum sampel yang diterima secara statistic			RS = 88,85 Klinik Utama = 92,43 Capaian: $(88,85 + 92,43) / 2 = 90,64$

sumber data : Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

Tabel 20. Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2024	Capaian	Keterangan
IKK 16.4.1 Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	Persentase rumah sakit yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu di rumah sakit	8	12,80	12,8% (156 RS / 1.219 RS)
IKK 16.4.2 Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan	Persentase Klinik Utama yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu. (rincian INM akan mengikut kriteria kebijakan terupdate).	8	26,94	26,94% (970 Klinik Utama / 3601 Klinik Utama)
IKK 16.6.1 Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)	Kriteria RS yang mengimplementasikan PPRA: 1) Memiliki Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba. 2) Memiliki Program Pengendalian Resistensi Antimikroba. 3) Melaporkan implementasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba kepada Kementerian Kesehatan	30	34,45	34,45% (1114 RS / 3234 RS)

BAB IV

PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) disusun sebagai pelaksanaan akuntabilitas kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan Ditjen Kesehatan Lanjutan serta sebagai wujud pertanggungjawaban kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan kepada Menteri Kesehatan.

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja dari sasaran strategis, program dan kegiatan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2025 secara umum berhasil mencapai target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja antara Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Pencapaian pada tahun 2025 ini diharapkan dapat menjadi parameter agar kegiatan-kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan hal-hal yang menghambat tercapainya target diharapkan dapat ditemukan solusi serta alternatif penyelesaiannya. Nilai Evaluasi Akuntabilitas kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan di tahun 2024 adalah **85,50 Kategori Predikat A**, nilai tersebut hasil kerja *Team Work* Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan atas bimbingan dan arahan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan kepada semua jajaran di lingkungan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Dengan Mengucap Puji Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa Penyusunan Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan dapat digunakan sebagaimana mestinya dan dapat menjadi acuan dalam menetapkan kebijakan untuk mencapai target kinerja selanjutnya.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Perjanjian Kinerja TA 2025 antara Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan



DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

Nama : Yuli Astuti Saripawan
Jabatan : Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan
selanjutnya disebut pihak pertama,

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

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

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

Pihak Kedua,



Azhar Jaya

Jakarta, 31 Desember 2025
Pihak Pertama,



Yuli Astuti Saripawan

Lampiran 2. Perjanjian Kinerja TA 2025 antara Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025			
No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Tujuan 2: Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	IT 2 Cakupan Layanan Kesehatan Esensial*	
	Sasaran Strategis 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	ISS 16 Persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi paripurna	33%
		ISS 17 Tingkat kepuasan pasien terhadap layanan Kesehatan	77 (Nilai)
024.DG Program Pelayanan Kesehatan dan JKN			
	Sasaran Program: Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan	IKP 16.3 Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50%
		IKP 16.4 Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	38%
		IKP 16.6 Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	10%
		IKP 17.2 Tingkat kepuasan pasien di Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan	77 (Nilai)
5836. Kegiatan Pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan			
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Lanjutan	IKK 16.4.1 Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	8%
		IKK 16.4.2 Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan	8%

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025			
No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		Kesehatan yang ditentukan	
	Sasaran Kegiatan: Rumah Sakit pemerintah yang melaporkan implementasi Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) kepada Kementerian Kesehatan melalui aplikasi sistem informasi Rumah Sakit	IKK 16.6.1 Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)	30%
2.	Tujuan 6: Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien	IT 6 Nilai Good Public Governance Kementerian Kesehatan*	
024.WA Program Dukungan Manajemen			
Sasaran Program: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan			
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Kualitas Layanan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	IKM 33.1 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	77 (Nilai)
		IKM 33.2 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	92,35 (Nilai)
		IKM 33.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	81 (Nilai)
		IKM 33.4 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	95%
		IKM 33.5 Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	3,95 (Nilai)

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 3. Perjanjian Kinerja TA 2024 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Mutu Yankes

DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		IKD 33.1 Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	96%

Keterangan:
* : Kolaborator (Target Indikator Kinerja tidak ditampilkan)
IKM : Indikator Kinerja Mandatory Program Dukungan Manajemen
IKD : Indikator Kinerja Direktif Pimpinan

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp 24.841.871.000
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 609.089.000
Total	Rp 25.450.960.000

Pihak Kedua,



Azhar Jaya

Jakarta, 31 Desember 2025
Pihak Pertama,



Yuli Astuti Saripawan

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 4.1 HASIL EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN TAHUN 2024

HASIL EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA
DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN
TAHUN 2024

No	Komponen/Sub Komponen/Kriteria	Bobot	Nilai Akuntabilitas Kinerja 2021
1	Perencanaan Kinerja	30,00	24,00
2	Pengukuran Kinerja	30,00	27,00
3	Pelaporan Kinerja	15,00	13,50
4	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal	25,00	21,00
Nilai Akuntabilitas Kinerja			85,50
Kategori Predikat			A

No	Catatan
1	Perencanaan Kerja
a	
b	
c	Indikator Kinerja yang tidak tercapai: a. Persentase Puskesmas terakreditasi b. Presentase klinik pratama terakreditasi c. Presentase TPMD/G yang melakukan pengukuran INM pelayanan kesehatan d. Presentase Labkes yang terakreditasi e. Presentase UTD yang terakreditasi f. Presentase fasyankes rujukan yang mencapai target INM pelayanan kesehatan g. Presentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan
2	Pengukuran Kinerja
a	
b	
c	
3	Pelaporan Kinerja
a	
b	
c	
4	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal
a	
b	Jumlah SDM yang mendapat pelatihan evaluasi SAKIP perlu ditambah
c	

No	Catatan Lainnya
1	Perencanaan Kerja
a	
b	
c	
2	Pengukuran Kinerja
a	
b	
c	
3	Pelaporan Kinerja
a	
b	
c	
4	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal
a	
b	
c	

No	Rekomendasi
1	Perencanaan Kerja
a	
b	
c	Agar indikator di periode Renstra berikutnya dapat dipastikan achievable
2	Pengukuran Kinerja
a	
b	

c	
3	Pelaporan Kinerja
a	
b	
c	
4	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal
a	
b	Agar pegawai yang mendapat pelatihan untuk Evaluator SAKIP dapat bertambah
c	

Evaluatan,
Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan,

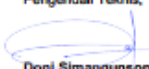
dr. Yanti Herman, SH, MH.Kes
NIP. 197001242002122001

Jakarta, April 2025
Tim SKI Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan
Anggota,

Muhammad Ridho Firdaus, SE
NIP. 199806162022031005

Ketua,

dr. Amy Rahmadanti, M.Sc.PH
NIP. 197908062009122001

Pengendali Teknis,

Doni Simangunsong, S.Kom, MKM
NIP. 197602052006041003

Lampiran 4.2 Lembar Kerja Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Direktorat Mutu Dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Tahun 2024

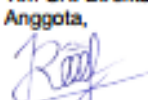
LEMBAR KERJA EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA
DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN
TAHUN 2024

No	Komponen/Sub Komponen/Kriteria	Bobot	Nilai	
1	PERENCANAAN KINERJA	30,00	24,00	80,00%
1.a	Dokumen Perencanaan kinerja telah tersedia	6,00	5,4	90,00%
1.b	Dokumen Perencanaan kinerja telah memenuhi standar yang baik, yaitu untuk mencapai hasil, dengan ukuran kinerja yang SMART, menggunakan penyelarasan (cascading) disetiap level secara logis, serta memperhatikan kinerja bidang lain (crosscutting)	9,00	8,1	90,00%
1.c	Perencanaan Kinerja telah dimanfaatkan untuk mewujudkan hasil yang berkesinambungan	15,00	10,5	70,00%
2	PENGUKURAN KINERJA	30,00	27,00	90,00%
2.a	Pengukuran Kinerja telah dilakukan	6,00	5,4	90,00%
2.b	Pengukuran Kinerja telah menjadi kebutuhan dalam mewujudkan Kinerja secara Efektif dan Efisien dan telah dilakukan secara berjenjang dan berkelanjutan	9,00	8,1	90,00%
2.c	Pengukuran Kinerja telah dijadikan dasar dalam pemberian Reward dan Punishment, serta penyesuaian strategi dalam mencapai kinerja yang efektif dan efisien	15,00	13,5	90,00%
3	PELAPORAN KINERJA	15,00	13,50	90,00%
3.a	Terdapat Dokumen Laporan yang menggambarkan Kinerja	3,00	2,7	90,00%
3.b	Dokumen Laporan Kinerja telah memenuhi Standar menggambarkan Kualitas atas Pencapaian Kinerja, informasi keberhasilan/kegagalan kinerja serta upaya perbaikan/ penyempurnaan	4,50	4,05	90,00%
3.c	Pelaporan Kinerja telah memberikan dampak yang besar dalam penyesuaian strategi/kebijakan dalam mencapai kinerja berikutnya	7,50	6,75	90,00%
4	EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA INTERNAL	25,00	21,00	84,00%
4.a	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal telah dilaksanakan	5,00	4,5	90,00%
4.b	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal telah dilaksanakan secara berkualitas dengan Sumber Daya yang memadai	7,50	5,25	70,00%
4.c	Implementasi SAKIP telah meningkat karena evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal sehingga memberikan kesan yang nyata (dampak) dalam efektifitas dan efisiensi Kinerja	12,50	11,25	90,00%
Nilai Akuntabilitas Kinerja / Kategori Predikat			85,50	A

Evaluatan,
Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan,


dr. Yanti Herman, SH, MH.Kes
NIP. 197001242002122001

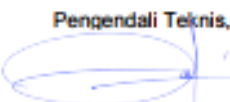
Jakarta, April 2025
Tim SKI Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan
Anggota,


Muhammad Ridho Firdaus, SE
NIP. 199806162022031005

Ketua,


dr. Amy Rahmadanti, M.Sc.PH
NIP. 197908062009122001

Pengendali Teknis,


Doni Simangunsong, S.Kom, MKM
NIP. 197602052006041003