



LAPORAN KINERJA
DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
DIREKTORAT JENDEERAL KESEHATAN LANJUTAN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
SEMESTER 1 TAHUN 2026



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 2026 (Semester 1) 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, 31 Juli 2026
Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan,

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized letters and a long horizontal stroke.

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 30 Juni 2026 sebesar Rp2.776.301.122,- (48%) dari alokasi Rp5.836.847.000,-. 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 12

 A. RENCANA AKSI PROGRAM..... 12

 B. PERJANJIAN KINERJA DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN
 RUJUKAN TAHUN 2024..... 14

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA..... 16

 A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI DIREKTORAT MUTU PELAYANAN
 KESEHATAN RUJUKAN..... 16

 B. INDIKATOR DIREKTIF PIMPINAN 35

BAB IV PENUTUP 39

LAMPIRAN..... Error! Bookmark not defined.

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 2026 maka dialokasikan anggaran pada DIPA Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2025 sebesar Rp5.836.847.000,- (lima miliar delapan ratus tiga puluh enam juta delapan ratus empat puluh tujuh ribu rupiah).

Anggaran tersebut bersumber dari APBN Program Pelayanan Kesehatan dan JKN namun belum dijumlahkan dengan penerimaan Hibah Luar Negeri (belum terdapat penerimaan hibah luar negeri yang disahkan untuk masuk ke dalam DIPA pada semester 1 2026). 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, saat ini masih dalam proses pelaksanaan dengan anggaran berasal dari 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 subspecialistik.

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. Dasar Hukum/Regulasi

Dasar hukum untuk persentase rumah sakit yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) didasarkan pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang mewajibkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien, yang diperjelas secara teknis melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan yang mengatur kewajiban penerapan, pengukuran, evaluasi, serta pelaporan capaian target INM secara berkala, serta diperkuat oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit dan Standar Akreditasi Rumah Sakit dalam Bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang mewajibkan pencapaian target mutu sebagai bagian dari standar penilaian pelayanan.

b. Definisi Operasional, Sumber Data, dan Stakeholders terkait (K/L atau Pemda)

Persentase rumah sakit yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu di rumah sakit. Aplikasi pelaporan mutu nasional atau sistem informasi kesehatan elektronik yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan untuk sumber data INM adalah Aplikasi Mutu Fasyankes. Adapun stakeholders yang terkait dalam pencapaian indikator ini antara lain Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota yang bertugas melakukan pembinaan, pendampingan, dan pemantauan pelaksanaan pengukuran mutu di wilayah masing-masing, serta Manajemen Rumah Sakit yang bertanggung jawab penuh dalam pengumpulan data, pemantauan berkala, dan pelaksanaan perbaikan berkelanjutan untuk memastikan tercapainya target Indikator Nasional Mutu (INM) di fasilitas pelayanan kesehatan masing-masing.

c. 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%.

Jumlah rumah sakit Pemerintah (Kemenkes, KL Lain dan Pemda)

yang telah mencapai seluruh target INM di rumah sakit

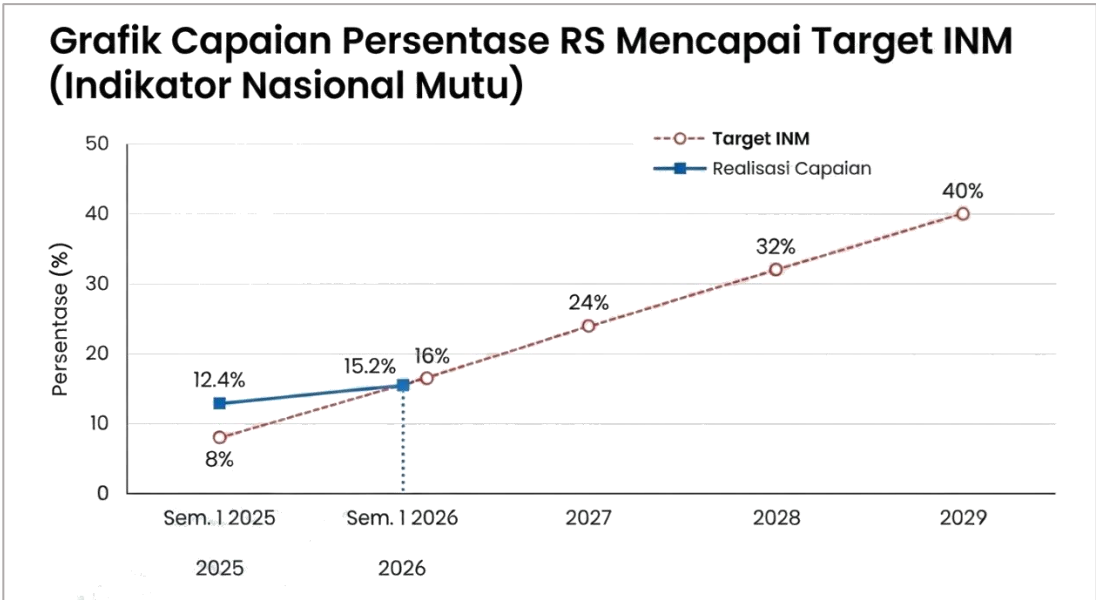
Total jumlah rumah sakit Pemerintah yang telah teregistrasi

maksimal tahun 2027

×

100%

d. **Tren/Grafik Perbandingan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan beberapa tahun terakhir**



f. Penjelasan terkait capaian

Capaian indikator Persentase RS yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) sampai dengan Semester I Tahun 2026 mencapai 15,2%, atau sebesar 95% dari target Tahun 2026 sebesar 16%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja indikator masih berada pada jalur (*on-track*) dalam mencapai target tahunan, dengan selisih 0,8 poin persentase dari target yang ditetapkan. Apabila dibandingkan dengan capaian Tahun 2025 sebesar 12,8%, capaian Semester I Tahun 2026 meningkat sebesar 2,4 poin persentase, yang menunjukkan adanya peningkatan jumlah Rumah Sakit yang telah memenuhi seluruh target INM.

Capaian indikator masih dipengaruhi oleh konsistensi Rumah Sakit dalam memenuhi dan melaporkan seluruh 13 Indikator Nasional Mutu, termasuk pemahaman terhadap definisi operasional dan pelaksanaan pengukuran sesuai ketentuan. Selain itu, kualitas dan kelengkapan pelaporan setiap Rumah Sakit turut memengaruhi capaian yang diperoleh pada periode pengukuran. Untuk mendukung pencapaian target tahun 2026, diperlukan penguatan diseminasi hasil pelaporan INM, peningkatan kapasitas Dinas Kesehatan dalam pembinaan mutu pelayanan, serta penguatan pemantauan kepatuhan dan evaluasi capaian INM secara berkala. Dengan capaian Semester I sebesar 15,2%, indikator ini masih memiliki ruang peningkatan sebesar **0,8 poin persentase** pada Semester II untuk mencapai target Tahun 2026 sebesar 16%.

g. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja

Peningkatan capaian indikator Persentase RS yang Mencapai Target Indikator Nasional Mutu (INM) dari 12,8% pada Tahun 2025 menjadi 15,2% pada Semester I Tahun 2026 menunjukkan adanya perkembangan dalam pemenuhan target mutu oleh Rumah Sakit. Namun, capaian tersebut masih dipengaruhi oleh beberapa faktor yang perlu diperkuat, terutama ketidakkonsistenan Rumah Sakit dalam memenuhi seluruh 13 INM, pemahaman yang belum merata terhadap definisi operasional masing-masing indikator, serta belum optimalnya pelaksanaan pengukuran terhadap seluruh 13 INM sesuai ketentuan.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa peningkatan capaian tidak hanya bergantung pada pelaporan, tetapi juga pada konsistensi Rumah Sakit dalam melaksanakan pengukuran dan memenuhi seluruh indikator sesuai standar

yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, penguatan pemahaman terhadap definisi operasional, konsistensi pengukuran seluruh INM, serta pembinaan dan pemantauan secara berkala menjadi faktor penting untuk mempertahankan peningkatan kinerja dan mendukung pencapaian target 16% pada Tahun 2026.

h. Alternatif solusi yang telah dilakukan, upaya dan strategi yang dilakukan untuk mencapai target

Dalam rangka mempertahankan peningkatan capaian dan mendukung pencapaian target indikator, dilakukan penguatan pembinaan dan pemantauan implementasi Indikator Nasional Mutu (INM) melalui beberapa strategi. Upaya tersebut meliputi diseminasi hasil pelaporan INM kepada rumah sakit dan pemangku kepentingan sebagai bahan evaluasi dan tindak lanjut perbaikan kinerja, serta penguatan kapasitas Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam pembinaan mutu pelayanan kesehatan dan implementasi INM.

Selain itu, peran Dinas Kesehatan diperkuat dalam melakukan pembinaan, pemantauan kepatuhan, dan evaluasi capaian pelaporan INM di rumah sakit. Sebagai bagian dari mekanisme pemantauan berkala, dilakukan pula penyampaian hasil evaluasi (*feedback*) capaian pelaporan kepada rumah sakit setiap triwulan, sehingga rumah sakit dapat mengidentifikasi aspek yang masih perlu diperbaiki dan melakukan tindak lanjut secara tepat waktu. Strategi tersebut diharapkan dapat meningkatkan konsistensi pengukuran dan pemenuhan seluruh INM, memperbaiki kualitas pelaporan, serta mendukung pencapaian target indikator Tahun 2026.

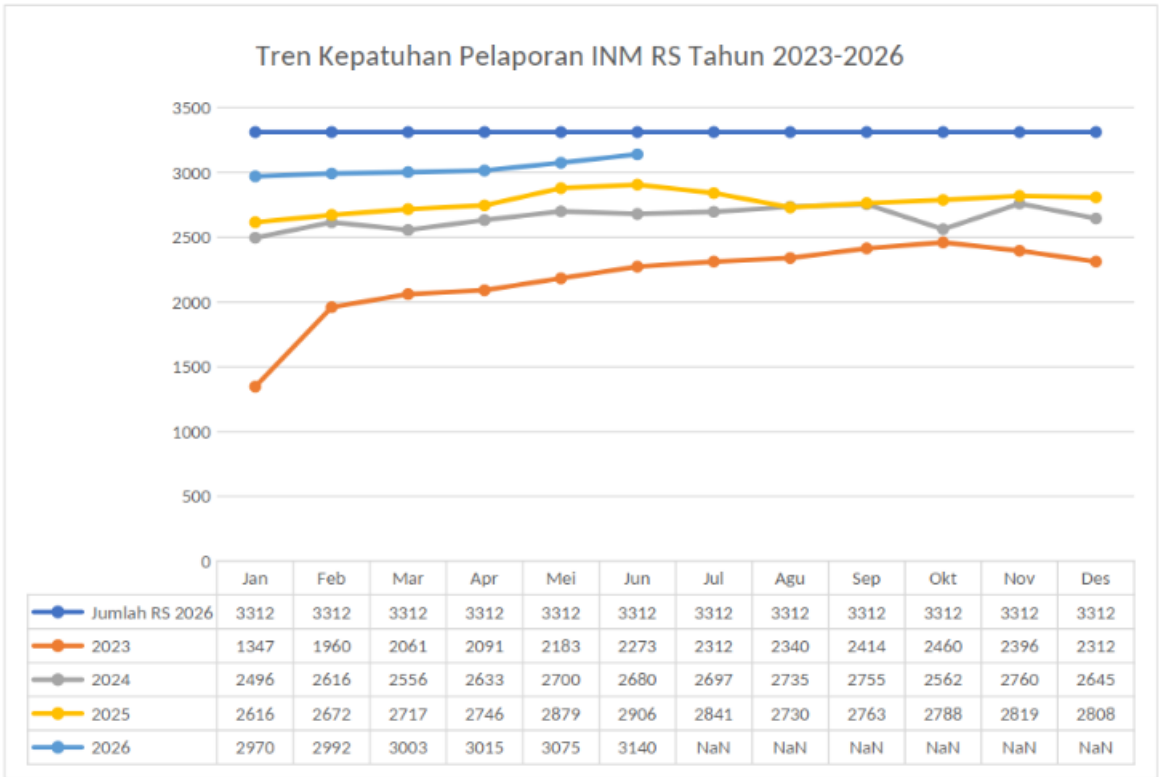
i. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Dengan keterbatasan sumber daya dan anggaran yang tersedia, pelaksanaan pembinaan dan pemantauan Indikator Nasional Mutu (INM) dioptimalkan melalui pemanfaatan teknologi informasi, antara lain dengan menyelenggarakan diseminasi hasil pelaporan, rapat koordinasi, pembinaan, dan penguatan kapasitas secara daring maupun *hybrid*. Strategi ini memungkinkan penyampaian informasi dan penguatan pemahaman terkait INM kepada rumah sakit dan Dinas Kesehatan secara lebih luas tanpa memerlukan biaya perjalanan dan pertemuan tatap muka dalam jumlah besar.

Pemanfaatan mekanisme pelaporan dan *feedback* secara berkala juga mendukung efisiensi dalam pemantauan capaian INM. Dengan pendekatan

tersebut, sumber daya yang tersedia dapat lebih difokuskan pada kegiatan yang memerlukan interaksi dan pendampingan secara langsung, terutama pembinaan, monitoring, evaluasi, serta tindak lanjut terhadap rumah sakit yang memerlukan penguatan dalam pemenuhan dan pelaporan seluruh INM. Strategi ini diharapkan dapat memperluas jangkauan pembinaan sekaligus menjaga efektivitas penggunaan sumber daya dalam mendukung pencapaian target indikator.

j. **Grafik/ gambar yang relevan**



Jumlah RS update RS Online per 30Juni 2026

Berdasarkan grafik "Tren Kepatuhan Pelaporan INM RS Tahun 2023-2026", terlihat adanya peningkatan konsisten pada jumlah rumah sakit yang melakukan pelaporan kepatuhan Indikator Nasional Mutu setiap tahunnya. Berdasarkan data per Juni 2026, jumlah total rumah sakit tercatat sebanyak 3.312 fasilitas, dengan realisasi rumah sakit yang melaporkan mencapai 3.140 fasilitas pada bulan Juni 2026. Tren tahunan menunjukkan perbaikan yang signifikan dari tahun 2023 hingga 2026, yang mencerminkan peningkatan kepatuhan administratif rumah sakit secara nasional dalam menyampaikan data mutu pelayanan kesehatan.

Data yang disajikan di atas tidak merujuk pada definisi operasional "Persentase Rumah Sakit yang Mencapai Target Indikator Nasional Mutu (INM)", melainkan merefleksikan tingkat kepatuhan pelaporan secara

keseluruhan (data pada grafik mencakup seluruh rumah sakit secara komprehensif, termasuk rumah sakit swasta).

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. Dasar Hukum/Regulasi

Indikator Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan, dasar hukum utamanya adalah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, sebagai landasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien; Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, sebagai dasar penyelenggaraan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan; serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah, yang menjadi acuan dalam penetapan, pengukuran, pemantauan, dan pelaporan INM pada Klinik, termasuk Klinik Utama.

b. Definisi Operasional, Sumber Data, dan Stakeholders terkait (K/L atau Pemda)

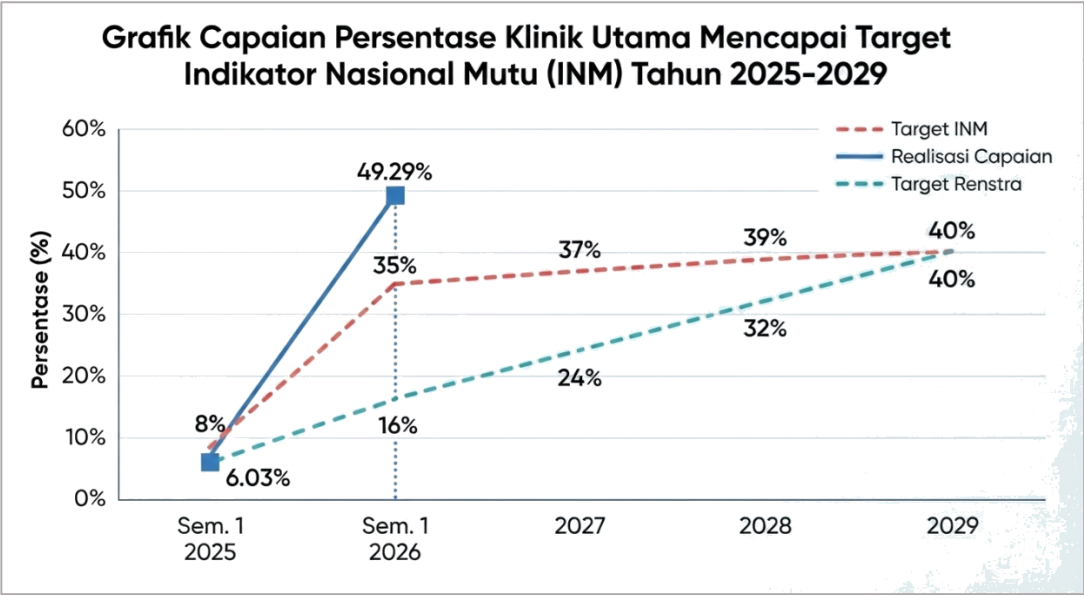
Definisi operasional indikator ini adalah persentase Klinik Utama yang telah mencapai seluruh target Indikator Nasional Mutu. (rincian INM akan mengikut kriteria kebijakan terupdate). Sumber data berasal dari hasil pengukuran dan pelaporan INM Klinik Utama melalui sistem informasi pelaporan mutu (Aplikasi Mutu Fasyankes), yang mencakup data pengukuran indikator pada masing-masing Klinik Utama. Pengukuran INM dilakukan melalui tahapan pengumpulan, validasi, analisis, serta pelaporan dan komunikasi data. Stakeholders yang terkait meliputi Dinas Kesehatan Provinsi serta Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam pembinaan, pemantauan, dan evaluasi mutu pelayanan, serta Klinik Utama sebagai pelaksana pengukuran dan pelaporan INM.

c. Cara Perhitungan

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

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

d. Tren/Grafik Perbandingan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan beberapa tahun terakhir



Berdasarkan grafik capaian Persentase Klinik Utama yang Mencapai Target Indikator Nasional Mutu (INM), realisasi pada Semester I Tahun 2025 masih berada pada tingkat yang relatif rendah. Kondisi tersebut antara lain dipengaruhi oleh kendala pada sistem aplikasi yang berdampak pada kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya Klinik Utama, dalam melakukan pelaporan INM sesuai dengan waktu yang ditetapkan. Pada Semester I Tahun 2026, capaian indikator menunjukkan peningkatan menjadi

49,29%.Peningkatan tersebut menunjukkan adanya perbaikan dalam pelaksanaan pengukuran dan pelaporan INM oleh Klinik Utama.

Capaian akhir tahun 2025 yakni 26,94% (tidak tampil dalam grafik) yang telah melampaui target jangka menengah tahun 2027, menjadi salah satu pertimbangan dalam pembahasan penyesuaian target melalui Trilateral Meeting bersama Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian Keuangan. Berdasarkan hasil pembahasan tersebut, arah target indikator disesuaikan secara bertahap dengan mempertimbangkan perkembangan capaian kinerja, hingga mencapai target sebesar 40% pada Tahun 2029.

e. **Realisasi Kinerja Indikator**

Indikator Kinerja Kegiatan	2025			2026 (per 30 Juni 2026)			2027	2028	2029
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%	Target	Target	Target
Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan	8%	26,94%	337%	35% Target Renstra 16%	49,29%	141%	37% Target Renstra 24%	39% Target Renstra 32%	40% Target Renstra 40%

f. **Penjelasan terkait capaian**

Capaian indikator Persentase Klinik Utama yang Mencapai Target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang Ditentukan sampai dengan Semester I Tahun 2026 mencapai 49,29%, atau sebesar 141% dari target Tahun 2026 sebesar 35%. Capaian tersebut menunjukkan kinerja indikator telah melampaui target tahunan yang ditetapkan dan mengalami peningkatan dibandingkan capaian Tahun 2025 sebesar 26,94%. Pada Tahun 2025, capaian sebesar 26,94% telah melampaui target sebesar 8%, atau mencapai 337% dari target.

Peningkatan capaian tersebut menjadi salah satu dasar dalam penyesuaian target indikator untuk periode berikutnya. Penyesuaian target Tahun 2026 dan target jangka menengah selanjutnya dibahas dalam Trilateral Meeting penyusunan Renja Kementerian Kesehatan bersama Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian Keuangan. Penyesuaian dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa capaian akhir Tahun 2025 sebesar 26,94% telah melampaui target Renstra Tahun 2025 sebesar 8% dan bahkan telah melampaui target Renstra Tahun 2027 sebesar 24%. Berdasarkan hasil pembahasan tersebut, target Tahun 2026 ditetapkan

menjadi 35%, dengan target selanjutnya sebesar 37% pada Tahun 2027, 39% pada Tahun 2028, dan 40% pada Tahun 2029.

Dengan capaian Semester I Tahun 2026 sebesar 49,29%, indikator menunjukkan perkembangan yang positif dan telah melampaui target Tahun 2026 sebesar 14,29 poin persentase. Selanjutnya, upaya peningkatan mutu dan konsistensi penerapan INM pada Klinik Utama perlu terus diperkuat melalui pembinaan, pemantauan, evaluasi, serta penguatan kepatuhan pengukuran dan pelaporan INM agar capaian dapat dipertahankan dan ditingkatkan secara berkelanjutan.

g. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja

Capaian indikator Persentase Klinik Utama yang Mencapai Target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang Ditentukan pada Semester I Tahun 2026 sebesar 49,29% menunjukkan peningkatan kinerja yang positif dan telah melampaui target Tahun 2026 sebesar 35%. Peningkatan tersebut menunjukkan semakin banyak Klinik Utama yang mampu memenuhi target INM yang telah ditetapkan.

Namun demikian, dalam pelaksanaannya masih terdapat beberapa kondisi yang perlu diperhatikan untuk menjaga konsistensi capaian. Ketidakkonsistenan Klinik Utama dalam melakukan pengiriman data INM dapat memengaruhi kesinambungan data dan pemantauan capaian indikator. Selain itu, pergantian petugas pelaporan INM yang relatif cepat di Klinik Utama dapat memengaruhi keberlanjutan pemahaman dan pelaksanaan proses pengukuran serta pelaporan INM. Oleh karena itu, penguatan pemahaman dan pembinaan secara berkala tetap diperlukan untuk menjaga konsistensi pelaporan dan mempertahankan capaian indikator.

h. Alternatif solusi yang telah dilakukan, upaya dan strategi yang dilakukan untuk mencapai target

Dalam rangka mempertahankan capaian indikator dan memastikan implementasi Indikator Nasional Mutu (INM) pada Klinik Utama berjalan secara konsisten, dilakukan penguatan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi dalam pelaksanaan pembinaan, pemantauan, dan evaluasi implementasi INM. Koordinasi tersebut diarahkan untuk memperkuat dukungan pembinaan di daerah serta mendorong Klinik Utama agar melaksanakan pengukuran dan pelaporan INM secara berkelanjutan.

Selain itu, dilaksanakan kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) pada lokus terpilih sebagai upaya untuk memperoleh gambaran pelaksanaan INM secara lebih langsung, mengidentifikasi kendala yang dihadapi Klinik Utama, serta memberikan pembinaan dan rekomendasi perbaikan. Melalui strategi tersebut, diharapkan konsistensi pelaporan dan kualitas implementasi INM dapat terus ditingkatkan sehingga capaian indikator dapat dipertahankan dan target yang telah ditetapkan dapat dicapai secara berkelanjutan.

i. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Dengan keterbatasan sumber daya dan anggaran yang tersedia, pembinaan dan pemantauan implementasi Indikator Nasional Mutu (INM) pada Klinik Utama dioptimalkan melalui penguatan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi serta pemanfaatan mekanisme monitoring dan evaluasi pada lokus terpilih. Pendekatan ini memungkinkan kegiatan pembinaan, identifikasi permasalahan, dan evaluasi pelaksanaan INM dilakukan secara lebih terarah dengan memfokuskan sumber daya pada fasilitas yang memerlukan perhatian dan penguatan lebih lanjut.

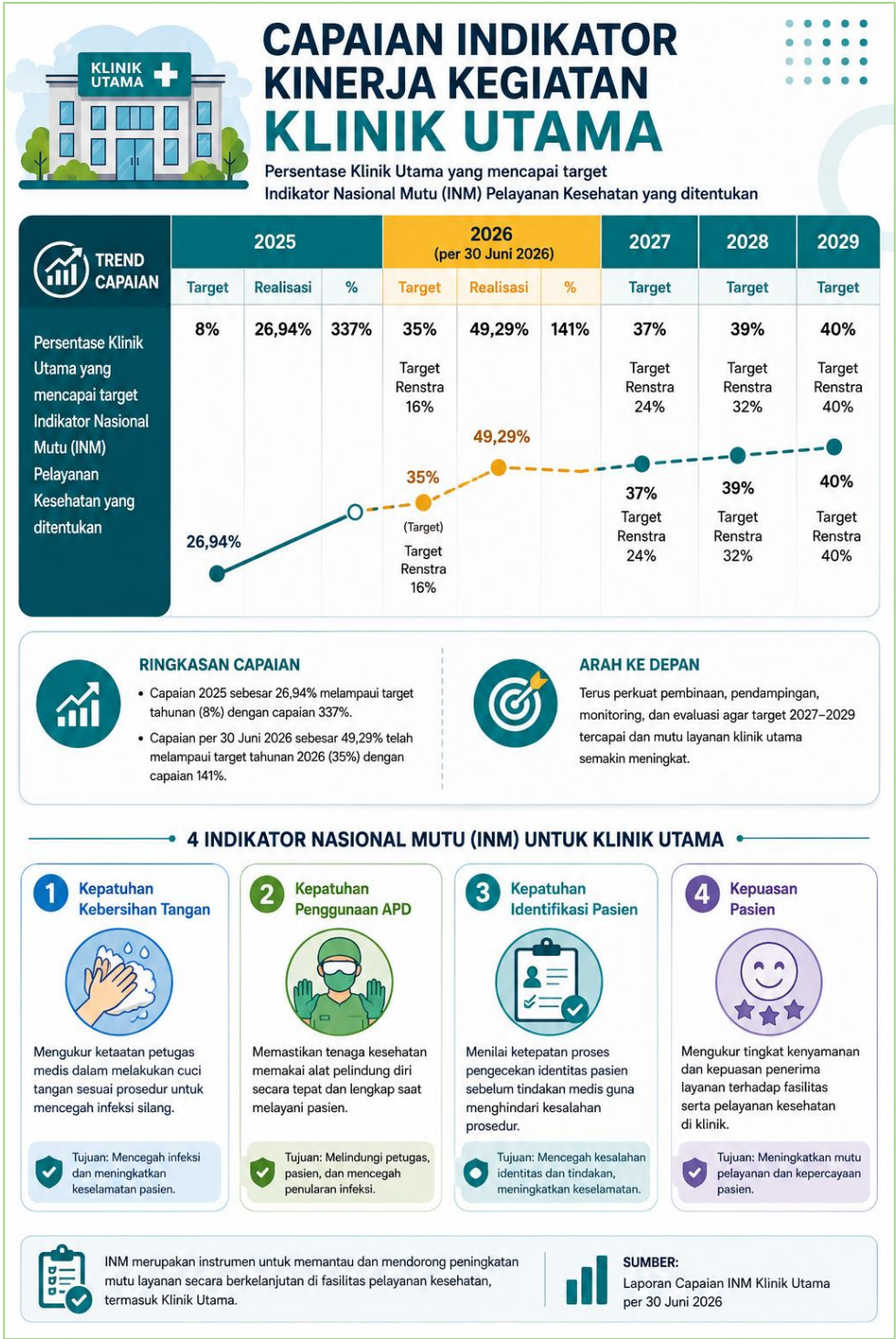
Selain itu, koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi memungkinkan dukungan pembinaan di daerah dilakukan secara lebih luas tanpa seluruh kegiatan harus dilaksanakan secara langsung oleh Kementerian Kesehatan. Dengan strategi tersebut, sumber daya yang tersedia dapat dimanfaatkan secara lebih efektif untuk mendukung peningkatan kualitas implementasi INM, menjaga konsistensi pelaporan, serta mempertahankan capaian indikator yang telah melampaui target Tahun 2026.

j. Grafik/Gambar yang relevan

Tren positif dari capaian indikator ini menunjukkan bahwa semakin banyak Klinik Utama yang mampu memenuhi target INM yang ditetapkan. Capaian per 30 Juni 2026 yang telah melampaui target tahunan memberikan ruang untuk terus meningkatkan kualitas dan konsistensi pencapaian sampai akhir tahun. Ke depan, target kinerja ditetapkan meningkat secara bertahap menjadi 37% pada tahun 2027, 39% pada tahun 2028, dan 40% pada tahun 2029. Oleh karena itu, penguatan pembinaan, pendampingan, monitoring, dan evaluasi tetap diperlukan agar capaian yang telah melampaui target dapat dipertahankan sekaligus ditingkatkan.

Dari sisi kompleksitas, INM Klinik Utama relatif lebih sederhana dibandingkan rumah sakit, yang memiliki cakupan hingga 13 indikator mutu nasional, sedangkan Klinik Utama berfokus pada 4 INM, yaitu kepatuhan

kebersihan tangan, kepatuhan penggunaan APD, kepatuhan identifikasi pasien, dan kepuasan pasien. Dengan jumlah indikator yang lebih terbatas dan capaian yang telah melampaui target, kondisi ini menjadi peluang untuk mendorong pencapaian yang lebih tinggi, tidak hanya dari sisi jumlah Klinik Utama yang mencapai target, tetapi terutama dari tingkat kepatuhan terhadap masing-masing indikator. Pembinaan yang lebih terarah pada keempat indikator tersebut diharapkan dapat meningkatkan konsistensi kepatuhan dan mendorong semakin banyak Klinik Utama mencapai bahkan melampaui target INM yang ditetapkan.



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 berkesinambungan. 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. Dasar Hukum/Regulasi

Pelaksanaan dan pengukuran indikator "Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA)" didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, antara lain Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang mengamanatkan penyelenggaraan upaya kesehatan secara bermutu dan bertanggung jawab, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistansi Antimikroba di Rumah Sakit sebagai pedoman teknis operasional tata kelola pengendalian resistansi antimikroba, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit yang mewajibkan penerapan standar mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan di fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, kewajiban implementasi PPRA juga diperkuat dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang secara resmi menetapkan PPRA sebagai bagian integral dari program nasional dalam standar akreditasi rumah sakit.

b. Definisi Operasional, Sumber Data, dan Stakeholders terkait (K/L atau Pemda)

Definisi operasional indikator ini mengambil ditentukan sebagai berikut. 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.

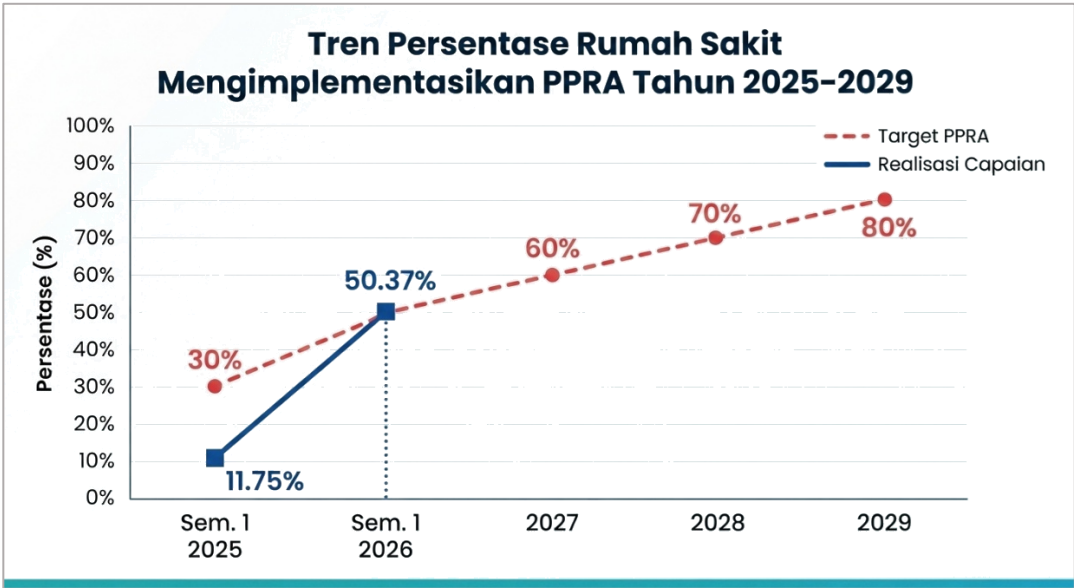
Adapun sumber data untuk pengukuran indikator "Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA)" diperoleh melalui pelaporan elektronik terintegrasi Kementerian Kesehatan, data evaluasi mutu dan keselamatan pasien, serta laporan hasil akreditasi rumah sakit, yang melibatkan *stakeholders* utama meliputi Komite Pengendalian Resistansi Antimikroba (KPRA), Dinas Kesehatan Daerah di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, serta jajaran manajemen dan komite mutu rumah sakit sebagai pelaksana di lapangan.

c. Cara Perhitungan

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

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

d. Tren/Grafik Perbandingan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan beberapa tahun terakhir



Persentase rumah sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) menunjukkan tren peningkatan. Pada Semester I Tahun 2025, realisasi capaian sebesar 11,75% dari target 30%, kemudian meningkat signifikan menjadi 50,37% pada Semester I Tahun 2026. Capaian tersebut telah melampaui target tahun 2026 sebesar 50%, dengan selisih sebesar 0,37 poin persentase.

Peningkatan capaian pada Semester I Tahun 2026 menunjukkan adanya kemajuan dalam implementasi PPRA di rumah sakit serta percepatan pencapaian target program. Kondisi ini menjadi dasar yang positif untuk

mempertahankan dan meningkatkan cakupan implementasi PPRA pada periode berikutnya.

Selanjutnya, target implementasi PPRA ditetapkan meningkat secara bertahap menjadi 60% pada tahun 2027, 70% pada tahun 2028, dan 80% pada tahun 2029. Untuk mencapai target tersebut, diperlukan penguatan pembinaan, pendampingan, monitoring, dan evaluasi secara berkelanjutan agar peningkatan implementasi PPRA dapat dipertahankan hingga tahun 2029.

e. Realisasi Kinerja Indikator

Indikator Kinerja Kegiatan	2025			2026 (per 30 Juni 2026)			2027	2028	2029
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%	Target	Target	Target
Persentase Rumah Sakit yang mengimplemen tasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA)	30%	34,45%	115%	50%	50,37%	101%	60%	70%	80%

f. Penjelasan terkait capaian

Persentase rumah sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) menunjukkan capaian kinerja di atas target pada periode pengukuran. Tahun 2025 mencatat realisasi sebesar 34,45% terhadap target 30%, dengan tingkat capaian 115%. Per 30 Juni 2026, realisasi mencapai 50,37% terhadap target 50%, dengan tingkat capaian 101%. Capaian tersebut menunjukkan peningkatan cakupan implementasi PPRA serta pemenuhan target kinerja yang telah ditetapkan.

Target kinerja implementasi PPRA ditetapkan meningkat secara bertahap sebesar 60% pada tahun 2027, 70% pada tahun 2028, dan 80% pada tahun 2029. Realisasi per 30 Juni 2026 yang telah mencapai 50,37% memberikan dasar kinerja yang memadai dalam pencapaian target periode selanjutnya. Peningkatan cakupan implementasi perlu disertai penguatan kualitas pelaksanaan PPRA pada tingkat rumah sakit, termasuk konsistensi penerapan tata kelola pengendalian resistensi antimikroba.

Strategi pencapaian target diarahkan melalui penguatan pembinaan, pendampingan, monitoring, dan evaluasi implementasi PPRA, peningkatan kapasitas Tim PPRA rumah sakit, serta penguatan kepatuhan terhadap

standar dan tata kelola penggunaan antimikroba. Optimalisasi intervensi tersebut diharapkan dapat mempertahankan capaian di atas target sekaligus memperluas cakupan rumah sakit yang mengimplementasikan PPRA secara berkelanjutan hingga mencapai target 80% pada tahun 2029.

g. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja

Peningkatan capaian implementasi PPRA didukung oleh meningkatnya komitmen rumah sakit dalam penerapan PPRA serta pelaksanaan pembinaan, monitoring, dan evaluasi secara berkelanjutan. Dukungan hibah WHO turut memperkuat pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi implementasi PPRA serta pemetaan jejaring rujukan Antimicrobial Resistance (AMR), sehingga dapat mendukung penguatan pengendalian resistansi antimikroba dan pengembangan jejaring rujukan.

Faktor penghambat dalam pelaksanaan pelaporan adalah adanya kendala akses pada aplikasi Mutufasyankes pada kondisi tertentu. Gangguan tersebut berpotensi menghambat proses pelaporan dan pemutakhiran data implementasi PPRA dari rumah sakit serta menyebabkan keterlambatan atau ketidaklengkapan data.

Penguatan kinerja dilakukan melalui optimalisasi hasil monitoring dan evaluasi serta pemetaan jejaring rujukan AMR sebagai dasar pembinaan dan pendampingan rumah sakit. Peningkatan keandalan aplikasi Mutufasyankes dan penguatan koordinasi dengan Tim PPRA rumah sakit diperlukan untuk mempertahankan capaian yang telah melampaui target serta meningkatkan cakupan implementasi PPRA secara berkelanjutan.

h. Alternatif solusi yang telah dilakukan, upaya dan strategi yang dilakukan untuk mencapai target

Upaya pencapaian target dilakukan melalui desk dengan Dinas Kesehatan untuk memperkuat koordinasi, pemantauan, dan tindak lanjut terhadap implementasi PPRA di rumah sakit. Kegiatan desk diarahkan untuk mengidentifikasi kendala implementasi dan pelaporan, mendorong pemenuhan indikator PPRA, serta memastikan tindak lanjut terhadap rumah sakit yang belum memenuhi target.

Penguatan pelaporan dilakukan melalui sosialisasi aplikasi Mutufasyankes dengan melibatkan tim IT untuk meningkatkan pemahaman pengguna dan mendukung penyelesaian kendala teknis dalam proses pelaporan. Upaya tersebut diperkuat melalui monitoring, evaluasi,

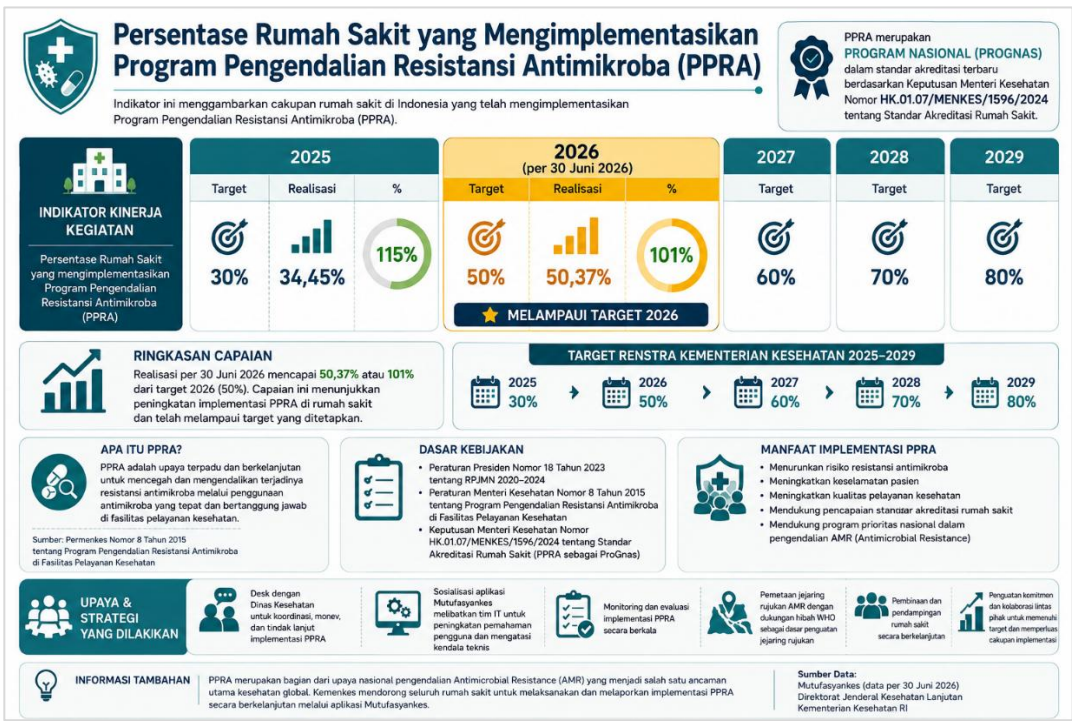
pembinaan, dan pendampingan secara berkala sehingga capaian yang telah melampaui target dapat dipertahankan dan cakupan implementasi PPRA dapat terus ditingkatkan sesuai target periode berikutnya.

i. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dalam pencapaian indikator Persentase Rumah Sakit yang Mengimplementasikan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) dilakukan melalui optimalisasi koordinasi, pemanfaatan sistem pelaporan, serta pelaksanaan pembinaan dan monitoring secara terintegrasi. Kegiatan desk dengan Dinas Kesehatan dimanfaatkan sebagai forum koordinasi sekaligus pemantauan dan tindak lanjut implementasi PPRA di rumah sakit, sehingga sumber daya waktu, tenaga, dan biaya dapat digunakan secara lebih efektif tanpa melakukan kegiatan yang bersifat berulang.

Efisiensi juga didukung oleh pemanfaatan aplikasi Mutufasyankes sebagai sarana pelaporan dan pemantauan capaian secara terpusat serta dukungan hibah WHO dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi implementasi PPRA serta pemetaan jejaring rujukan AMR. Pemanfaatan sumber daya tersebut mendukung pencapaian realisasi 50,37% per 30 Juni 2026, yang telah melampaui target 50%, sehingga menunjukkan bahwa sumber daya yang tersedia telah dimanfaatkan secara efektif dalam mendukung pencapaian target kinerja.

j. Grafik/Gambar yang relevan



Implementasi Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) merupakan bagian penting dalam penguatan mutu dan keselamatan

pelayanan kesehatan, khususnya dalam upaya pencegahan dan pengendalian resistansi antimikroba serta peningkatan penggunaan antimikroba secara tepat dan bertanggung jawab. PPRA juga telah ditetapkan sebagai Program Nasional (Prognas) dalam standar akreditasi rumah sakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit, sehingga implementasinya menjadi bagian strategis dalam pemenuhan standar mutu pelayanan rumah sakit.

Arah kebijakan implementasi PPRA periode 2025–2029 ditetapkan melalui peningkatan target secara bertahap hingga 80% pada tahun 2029. Pencapaian target tersebut memerlukan penguatan pembinaan dan pendampingan rumah sakit, monitoring dan evaluasi implementasi PPRA, penguatan jejaring rujukan Antimicrobial Resistance (AMR), serta optimalisasi mekanisme pelaporan melalui Mutufasyankes. Integrasi hasil monitoring, pemetaan jejaring, dan tindak lanjut pembinaan menjadi strategi penting untuk memastikan implementasi PPRA berlangsung konsisten dan berkelanjutan di rumah sakit.

B. INDIKATOR DIREKTIF PIMPINAN

1. Realisasi Anggaran

Realisasi anggaran Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan sampai dengan Juni 2026 sebesar Rp2.776.301.122,- atau 47,57% dari total pagu existing sebesar Rp5.836.847.000,-, dengan sisa anggaran sebesar Rp3.060.545.878,-. Alokasi anggaran tersebut digunakan untuk mendukung pelaksanaan program dan kegiatan pada bidang AMR, RS dan UPD, Binwas, Lab dan Klinik, Perizinan, serta Dukman dalam rangka menunjang pencapaian sasaran strategis Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan. Persentase realisasi tertinggi terdapat pada kegiatan Lab dan Klinik sebesar 86,36%, diikuti Perizinan sebesar 66,52%, Binwas sebesar 64,81%, RS dan UPD sebesar 61,96%, serta AMR sebesar 76,69%.

Realisasi anggaran tersebut **belum termasuk anggaran hibah WHO**, karena pelaksanaan kegiatan yang bersumber dari hibah WHO masih dalam proses dan direncanakan untuk **disahkan pada Triwulan IV Tahun 2026**. Dengan demikian, nilai pagu dan realisasi anggaran pada akhir tahun akan mengalami penyesuaian setelah proses pelaksanaan dan pengesahan dana hibah WHO selesai. Pemanfaatan anggaran sampai dengan Juni 2026 diarahkan pada pelaksanaan kegiatan prioritas secara efektif dan mendukung pencapaian target kinerja Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Tabel 3.4 Realisasi Anggaran Dit. Mutu Pelayanan Kesehatan TA 2026
Per 30 Juni 2026

Kegiatan	Pagu TA 2026	Realisasi	%	Sisa Dana
MPKRS	198.168.000	122.786.239	61,96%	75.381.761
AMRPPI	152.879.000	117.245.762	76,69%	35.633.238
MPKL	150.000.000	129.534.508	86,36%	20.465.492
BINWAS	150.000.000	97.214.934	64,81%	52.785.066
PERIZINAN	150.000.000	99.782.654	66,52%	50.217.346
DUKMAN (termasuk Sosmas)	5.035.800.000	2.209.737.025	43,88%	2.826.062.975
Dit MPK	5.836.847.000	2.776.301.122	47,57%	3.060.545.878

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 2026.

- 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 3.5 Indikator Sasaran Strategis (ISS) Kementerian Kesehatan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2026	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	65%	37,35%	Detail Perhitungan TW 2 2026: Akreditasi Paripurna: RS Pemerintah = 463 (38%) Klinik Utama = 2.028 (56%) Lab Medis = 462 (53%) UPD = 157 (61,57%) Puskesmas = 2.971 (28,74%) Total = 6.081 Denominator: RS Pemerintah = 1.219 Klinik Utama = 3.601 Lab Medis = 869

Indikator	Definisi Operasional	Target 2026	Capaian	Keterangan
				UPD = 255 Puskesmas = 10.337 Total = 16.281 Capaian: $6.081/16.281 = 37,35\%$
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)	89,54	87,35	Nilai hasil survei kepuasan: RS = 89,30 Klinik Utama = 86,22 Puskesmas = 86,52 $(89,30 + 86,22 + 86,52) / 3 = 87,35$

Tabel 3.6 Indikator Kinerja Program (IKP) Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2026	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.	55	45,72	45,72% (299 RS / 654 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	45	38	38% (463 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	15	22,15	22.15% (270 RS/1219 RS)

Indikator	Definisi Operasional	Target 2026	Capaian	Keterangan
IKP 17.2 Tingkat kepuasan pasien di Fasyankes lanjutan	Rata-rata Indeks Kepuasan Pasien di fasilitas pelayanan Kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan Klinik Utama) yang dievaluasi Fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi ditentukan berdasarkan jumlah minimum sampel yang diterima secara statistic	90,64	87,76	Nilai hasil survei kepuasan: RS = 89,30 (data bisa ditarik per 11 Juli 2026) Klinik Utama = 86,22 $(89,30 + 86,22) / 2 = 87,76$

sumber data : Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

Tabel 3.7 Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

Indikator	Definisi Operasional	Target 2026	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	16	15,20	15,2% (185 RS / 1219 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).	35	49,29	49,29% (1.775 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	50	50,37	50,37% (1.629 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 2026 (semester 1) 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 2025 adalah **81,05 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.