

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH SEMESTER I TAHUN 2025



DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN

KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, sehingga Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Semester 1 Tahun 2025 dapat diselesaikan dengan tepat waktu.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan republik indonesia nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan lanjutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Laporan akuntabilitas Ditjen Kesehatan Lanjutan merupakan pertanggungjawaban kinerja Ditjen Kesehatan Lanjutan ke Menteri Kesehatan dan salah satu cara evaluasi yang obyektif, efisien, dan efektif. Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan masukan dalam pengambilan kebijakan pimpinan dan perencanaan pada tahun mendatang.

Kami sampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan laporan ini. Kami berharap dengan adanya masukan dan umpan balik akan memberi manfaat dalam proses perbaikan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan di masa mendatang.

Jakarta, 31 Juli 2025

Direktur Jenderal,



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS

NIP 197106262000031002

EXECUTIVE SUMMARY

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggung jawaban kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan kepada Menteri Kesehatan beserta seluruh pemangku kepentingan, serta sebagai sumber informasi untuk perbaikan perencanaan dan peningkatan kinerja di masa mendatang.

Secara keseluruhan hasil capaian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Semester 1 Tahun 2025 sebagian besar berhasil mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025-2029 dan Perjanjian Kinerja. **Terdapat Pencapaian Indikator Kinerja Program Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2024 sebagai berikut:**

1. Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar sebesar 100% (target 100%)
2. Persentase Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terakreditasi sebesar 92,51% (target 100%)
3. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas sebesar 84,17% (target 80%)
4. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar sebesar 97,12% (target 100%)
5. Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas sebesar 100% (target 100%)
6. Jumlah RS Rujukan Nasional sesuai standar sebesar 46 RS (target 42 RS)
7. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4 sebesar 6,6% (target 7%)
8. Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas sebesar 169 RS (target 135 RS)
9. Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu sebesar 96,51% (target 90%)
10. Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri sebesar 0,1% (target 2%)
11. Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional sebesar 29 RS (target 34 RS)
12. Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative sebesar 100% (target 100%)

Terdapat indikator tambahan direktif Menteri Kesehatan Tahun 2024 dengan pencapaian indikator sebagai berikut:

1. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 90,11 (target 90,01)

2. Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 88,41 (target 80,1%)
3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan sebesar 95,64% (target 95%)
4. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 89,4% (target 96%)

Ada sebagian indikator yang hampir tercapai, namun demikian ada beberapa indikator yang tidak tercapai di akhir tahun 2024. **Indikator yang tercapai sesuai target tahun 2024 adalah sebagai berikut :**

- a) Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar.
- b) Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas
- c) Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas
- d) Jumlah RS Rujukan Nasional sesuai standar.
- e) Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri
- f) Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas
- g) Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu
- h) Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative

Indikator yang tidak tercapai sesuai target tahun 2024 adalah sebagai berikut :

- a) Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar
- b) Persentase FKTP terakreditasi
- c) Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4
- d) Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional

Sedangkan untuk Pencapaian Indikator Kinerja Program Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025 sebagai berikut:

1. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1% sebesar 0% (Target 25%)
2. Persentase Faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar sebesar 26.74% (Target 45%)
3. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi sebesar 1,38 (Target 1,5)
4. Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas sebesar 0% (target 50)

5. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna sebesar 79,25% (target 38%)
6. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas sebesar 15,7% (target 25%)
7. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar 0% (target 10)
8. Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center sebesar 2,3% (target 10%)
9. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan sebesar 0 (target 77)
10. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas sebesar 84,17% (target 84,17%)
11. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi sebesar 2 layanan (target 4 layanan)
12. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional sebesar 6 RS (target 10 RS)
13. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP sebesar 0 CRU (target 3 CRU)

Terdapat indikator tambahan direktif Menteri Kesehatan Tahun 2025 dengan pencapaian indikator sebagai berikut:

1. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 91,76 (target 90,01)
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 49.53 (target 80.1)
3. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 36,83 % (target 96 %)

Terdapat 3 indikator tahun 2025 tercapai yaitu:

1. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna sebesar 79,25% (target 38%)
2. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas sebesar 84,17% (target 84,17%)
3. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 91,76 (target 90,01)

Terdapat 13 indikator tahun 2025 yang belum tercapai yaitu:

1. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1% sebesar 0% (Target 25%)
2. Persentase Faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar sebesar 26.74% (Target 45%)
3. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi sebesar 1,38 (Target 1,5)
4. Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan

berkualitas sebesar 0% (target 50)

5. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas sebesar 15,7% (target 25%)
6. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar 0% (target 10)
7. Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center sebesar 2,3% (target 10%)
8. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan sebesar 0 (target 77)
9. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi sebesar 2 layanan (target 4 layanan)
10. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional sebesar 6 RS (target 10 RS)
11. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP sebesar 0 CRU (target 3 CRU)
12. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 51.32 (target 80.1)
13. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 36,83 % (target 96 %)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	2
EXECUTIVE SUMMARY	3
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Penjelasan Umum Organisasi	2
C. Aspek Strategis Organisasi dan Isu Strategis yang Dihadapi Organisasi	5
D. Sistematika	7
BAB II PERENCANAAN KINERJA	9
A. Perencanaan Kinerja	9
Tabel 2.1 Sasaran Program Ditjen Pelayanan Kesehatan Tahun 2022-2024.....	9
Tabel 2.2 Sasaran Program Ditjen Pelayanan Kesehatan Tahun 2025-2029.....	11
B. Perjanjian Kinerja.....	12
Tabel 2.4 Perjanjian Kinerja yang Berisi Sasaran Program, Indikator Kinerja dan Target Tahun 2025 Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	15
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	16
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	16
Indikator Kinerja Program (IKP) Tahun 2024:	26
a. Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar (Dit. Fasyankes)	26
b. Persentase FKTP terakreditasi	38
c. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas (Dit. PKP)	51
d. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar (Dit. Fasyankes).....	57
e. Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas (Dit. PKR)	71
f. Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar (Dit. PKR).....	84
g. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4 (Dit. PKR)	89
h. Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas (Dit. TKPK).....	93
i. Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu	107
j. Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri (Dit. PKR)	117
k. Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional (Dit. TKPK).....	122
l. Persentase Pengembangan <i>Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative</i> (Dit.TKPK)	129
m. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen Yankes)	136
n. Nilai Kinerja Penganggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen Yankes)	160
o. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan (Setditjen Yankes).....	165
p. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kesehatan	171
Indikator Kinerja Program (IKP) Tahun 2025:	179
a. Persentase faskes lanjutan dengan SPA kesehatan sesuai standar	179
b. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	196
c. Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1% (Dit. Yanklin).....	204
d. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas (Dit. Yanklin).....	206
e. Persentase Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center (Dit. Yanklin)	211
f. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi (Dit. PPKR).....	214
g. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional (Dit. PPKR)	221
h. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP (Dit. PPKR)	224
i. Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas (Dit. MPKR) ...	228
j. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna (Dit. MPKR).....	233
k. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar (Dit. MPKR).....	239
l. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (Dit. MPKR)	244
m. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (Dit. MPKR)	248
n. Nilai Reformasi Birokrasi di Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	248

o. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	255
p. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	259
B. Indikator Antara yang Menjadi Pendorong Tercapainya Indikator Utama Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.....	268
C. Realisasi Anggaran.....	271
D. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	277
E. Sumber Daya Lainnya	278
1. Sumber Daya Manusia	278
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana	280
F. Prestasi dan Inovasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	280
1. Inovasi : Pengembangan Aplikasi KRIS	280
2. Inovasi : Pengembangan Aplikasi RS Online Kompetensi RS.....	284
BAB IV PENUTUP.....	287
LAMPIRAN 1 PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025	291
LAMPIRAN 2 Rincian Realisasi Anggaran Lainnya	297
LAMPIRAN 3 Rincian Tabel Pelaporan BMN Ditjen Keslan Semester 1 Tahun 2025	300

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, dalam menjalankan tugas dan fungsinya, senantiasa berusaha melaksanakan sistem kerja pemerintahan secara bijaksana, akuntabel, transparan, efektif, dan efisien. Hal ini sesuai dengan prinsip *good governance* seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme.

Laporan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan disusun berdasarkan perjanjian kinerja yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, terdapat Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dimana sasarannya adalah meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat. Adapun pengukuran kinerja untuk sasaran program tersebut berupa 12 (dua belas) indikator, yaitu:

1. Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar
2. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar
3. Persentase FKTP terakreditasi
4. Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu
5. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas
6. Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas
7. Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar
8. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4
9. Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri
10. Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas
11. Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional
12. Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome-based Science Initiative

Selain 12 Indikator Kinerja Program yang terdapat dalam Rencana Aksi Program Ditjen Pelayanan Kesehatan, terdapat 4 indikator direktif Menteri Kesehatan yang diampu yaitu

1. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan sebesar
4. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Laporan kinerja ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan atas pelaksanaan tugas dan fungsi selama semester 1 Tahun 2025. Di samping merupakan pelaksanaan amanat peraturan perundang-undangan terkait, yakni Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, serta Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negera dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Pemerintah. Laporan Kinerja ini juga sekaligus menjadi bahan evaluasi guna meningkatkan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan di masa yang akan datang.

B. Penjelasan Umum Organisasi

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 Tentang Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selanjutnya dalam melaksanakan tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang pelayanan kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan memiliki fungsi:

- a. perumusan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan lanjutan;
- b. pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan lanjutan;
- c. penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang pengelolaan kesehatan lanjutan;
- d. pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang pengelolaan kesehatan lanjutan;
- e. pelaksanaan pemantauan, analisis, evaluasi dan pelaporan di bidang pengelolaan kesehatan lanjutan;
- f. pelaksanaan administrasi Direktorat Jenderal; dan
- g. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Sebagai tindak lanjut atas Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan dan dalam rangka mengatur tugas dan fungsi pada masing-masing unit organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan, saat ini Peraturan Menteri Kesehatan tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan masih dalam proses penyusunan.

Untuk itu, laporan kinerja ini masih mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan republik indonesia nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, sampai nanti selesainya penetapan organisasi dan tata kerja yang baru oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, sebagai turunan dari Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan republik indonesia nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan merupakan unit kerja setingkat eselon satu yang menjalankan sebagian tugas pokok dan fungsi dari Kementerian Kesehatan. Susunan organisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan terdiri atas:

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

Adapun gambaran struktur organisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, seperti berikut ini:



Gambar 1.1 Struktur Organisasi dan Tata Kerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Dalam menjalankan tugas dan fungsi di bidang pelayanan kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan saat ini memiliki 43 unit pelaksana teknis vertikal, terdiri dari 43 rumah sakit vertikal yang tersebar di 14 provinsi, yaitu di Provinsi Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, D.I. Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, Maluku dan Nusa Tenggara Timur. Namun RS Vertikal di Provinsi NTT, yaitu RSUP Dr. Ben Mboi Kupang yang merupakan RS ke-37 baru beroperasi pada 20 Desember 2022.

Dengan terbitnya Permenkes Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS di Lingkungan Kemenkes, UPT Vertikal di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan mengalami perampingan dengan adanya integrasi beberapa balai kesehatan ke dalam RS Vertikal. RS Vertikal yang mengalami integrasi:

1. RSUP Dr. Hasan Sadikin dengan Balai Kesehatan Olahraga Bandung
2. RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan B2P2TOOT Tawangmangu
3. RS Paru Rotinsulu dengan Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Bandung
4. RSUP Dr. M. Hoesin Palembang dengan Loka Kesehatan Tradisional Palembang
5. RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dengan Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Makassar dan Balai Kesehatan Tradisional Makassar.
6. RS Mata Cicendo dengan Balai Kesehatan Mata Cikampek

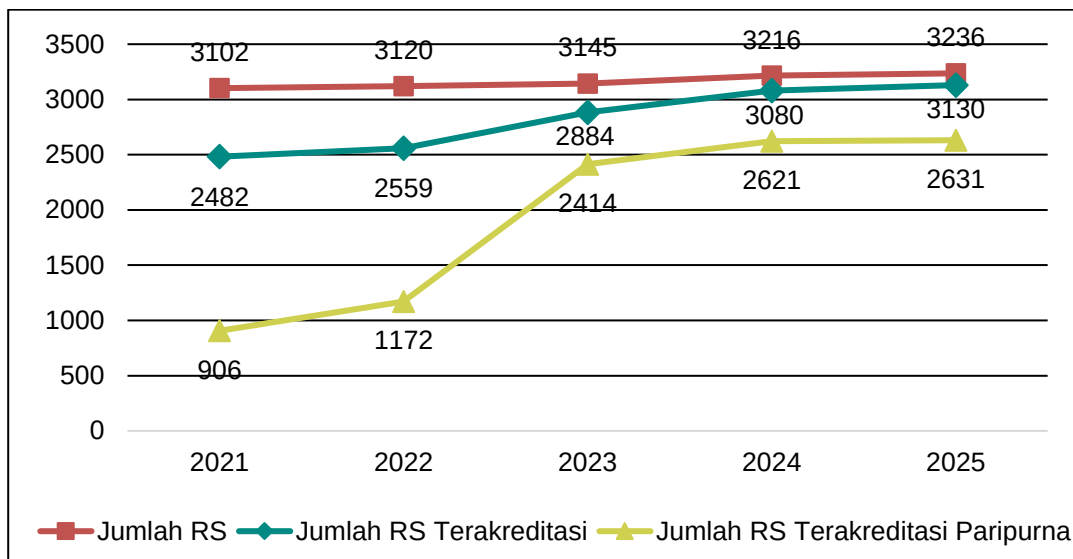
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan bersama-sama dengan unit pelaksana teknis vertikal tersebut saling bersinergi dalam menjalankan fungsi pelayanan kesehatan, meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, serta bermitra dengan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah dan swasta.

C. Aspek Strategis Organisasi dan Isu Strategis yang Dihadapi Organisasi

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

Rumah Sakit yang telah teregistrasi di Indonesia tahun 2025 sampai dengan tanggal 30 Juni 2025 sebanyak 3.235 rumah sakit yang terdiri dari 2.720 rumah sakit umum, 513 rumah sakit khusus, dan 2 rumah sakit bergerak. Sebanyak 1.206 rumah sakit adalah milik pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, dan TNI/POLRI; kemudian milik BUMN sebanyak 31 rumah sakit serta sebanyak 1.998 rumah sakit milik swasta (milik perorangan, perusahaan, organisasi keagamaan, organisasi sosial, dan swasta/lainnya). Untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit maka diselenggarakan akreditasi rumah sakit. Jumlah rumah sakit yang terakreditasi adalah 3.130 RS (96,7%) dan masih terdapat 105 RS (3,3%) yang belum terakreditasi. Adapun rincian capaian akreditasi rumah sakit sebagai berikut tingkat paripurna 2.631 (84,1%), tingkat utama 384 (12,3%), lulus tingkat madya 113 (3,6%), dan JCI (murni) ada 2 RS.

Grafik 1.1 Tren Peningkatan Jumlah Akreditasi RS Tahun 2021– 2025



Sumber: RS online dan JCI per Juli 2025

Grafik 1.1 menunjukkan peningkatan jumlah RS di Indonesia setiap tahun dibandingkan dengan peningkatan persentase RS terakreditasi tahun 2021-2025, yaitu 80,0%, 82,0%, 91,7%, 95,8%, 96,7%. Sementara itu, jika jumlah RS di Indonesia setiap tahun dibandingkan dengan peningkatan persentase RS terakreditasi paripurna tahun 2021-2025 adalah 29,2%, 37,6%, 76,6%, 81,5% dan 81,3%. Berdasarkan data tersebut, peningkatan signifikan terjadi pada kurun waktu 2023-2025 dengan menghitung seluruh populasi RS di Indonesia. Adapun peningkatan akreditasi pada tahun 2023-2025 juga merupakan hasil dari transformasi penyelenggaraan akreditasi dimana jumlah lembaga akreditasi bertambah dari satu menjadi enam lembaga melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 6604 Tahun 2021 tentang Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit yang menetapkan penambahan lima lembaga penyelenggara akreditasi rumah sakit. Kementerian Kesehatan juga mengeluarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit yang disempurnakan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1596 Tahun 2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit (revisi atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1128 Tahun 2022) dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1094 Tahun 2024 tentang Standar Akreditasi RS D Pratama, serta pedoman pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit. Faktor pendukung lainnya yakni Lembaga Penyelenggara Akreditasi yang selalu melibatkan Kementerian Kesehatan dalam proses pelatihan untuk calon surveior, baik diselenggarakan oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi secara mandiri ataupun bekerjasama dengan lembaga pelatihan terakreditasi. Selain itu, percepatan akreditasi RS juga didukung oleh tersalurkannya DAK Non Fisik untuk pelaksanaan akreditasi bagi RS D Pratama yang terpilih sesuai kriteria pada pedoman pelaksanaan DAK Non Fisik TA 2024.

D. Sistematika

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

BAB I Pendahuluan

Bab ini menyajikan latar belakang penyusunan laporan kinerja dan penjelasan umum organisasi dengan menekankan pada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issues*) yang sedang dihadapi organisasi.

BAB II Perencanaan Kinerja

Bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025.

BAB III Akuntabilitas Kinerja

A. Capaian Kinerja Organisasi

Sub Bab ini membahas mengenai pencapaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi.

B. Indikator Antara yang Menjadi Pendorong Tercapainya Indikator Utama Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Sub Bab ini membahas mengenai indikator antara yang menjadi pendorong tercapainya indikator utama Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

C. Realisasi Anggaran

Sub Bab ini membahas mengenai realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dokumen perjanjian kinerja.

D. Realisasi Anggaran dan Output Pelayanan Pelayanan Kantor Daerah (UPT Vertikal)

Sub Bab ini membahas mengenai realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan beserta Output / keluaran kegiatan yang dihasilkan khususnya di Kantor Daerah (UPT Vertikal)

E. Sumber Daya Lainnya

Sub Bab ini membahas mengenai sumber daya lainnya selain yang telah dibahas pada bagian sebelumnya seperti sumber daya Manusia dan sumber daya sarana prasarana

F. Dukungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Terhadap Prioritas Kesehatan Nasional Lainnya

Sub Bab ini membahas mengenai kegiatan yang mendukung pencapaian target dalam Nawacita/Janji Presiden dan prioritas kesehatan lainnya

G. Prestasi dan Inovasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Sub Bab ini membahas mengenai prestasi dan inovasi yang telah dicapai oleh Ditjen Pelayanan Kesehatan

BAB IV Penutup

Bab ini menguraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa datang yang akan dilakukan untuk meningkatkan kinerjanya.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja

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

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan melaksanakan program pelayanan kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Revisi Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 terdapat Indikator Kinerja Program Ditjen Pelayanan Kesehatan yang semula 2 indikator menjadi 12 indikator. 1 indikator kinerja sebelumnya masih sama yaitu indikator kinerja Persentase FKTP terakreditasi dan 11 indikator kinerja.

Untuk Program Pelayanan Kesehatan & JKN pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 tahun, adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Sasaran Program Ditjen Pelayanan Kesehatan Tahun 2022-2024

Program/Kegiatan		Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Target				
			2025	2026	2027	2028	2029
Program: Pelayanan Kesehatan dan JKN		Sasaran Program: Meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat					
	1	Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar			68	85	100
		Sasaran Program: Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan primer					
	2	Persentase FKTP terakreditasi			80	90	100
		Sasaran Program: Meningkatnya peran fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dalam pelayanan program prioritas bagi masyarakat					

	3	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas			20	60	80
		Sasaran Program: Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan					
	4	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar			90	95	100
		Sasaran Program : Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit					
	5	Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas			10	50	100 (kum)
		Sasaran Program: Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4					
	6	Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar			42	42	42
		Sasaran Program: Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal					
	7	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4			7	7	7
		Sasaran Program: Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan					
	8	Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas			34	70	135 (kum)
		Sasaran Program: Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan					
	9	Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu			60	75	90 (kum)
		Sasaran Program: Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri					
	10	Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri			20	10	2
		Sasaran Program: Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal					

	11	Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional			12	24	34 (kum)
		Sasaran Program: Tersedianya Hubs untuk mendukung pelayanan kesehatan terintegrasi					
	12	Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative			20	75	100
		Sasaran Program: Meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya					
	13	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			-	85	90,01
		Sasaran Program: Meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya					
	14	Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			-	93	80,1
		Sasaran Program: Meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya					
	15	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan			-	92,5	95
		Sasaran Program: Meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya					
	16	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			-	95	96

* Permenkes No.13 Tahun 2022 dan direktif menteri kesehatan

Tabel 2.2 Sasaran Program Ditjen Pelayanan Kesehatan Tahun 2025-2029

Program/Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Target				
		2025	2026	2027	2028	2029
	Sasaran Program: - Meningkatnya kualitas layanan obstetric di RS - Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan - Meningkatnya kapabilitas riset di RS					
1	Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45	60	70	75	80

	2	Rasio Tempat Tidur Terhadap Populasi	1,5	1,62	1,75	1,87	2
	3	Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1%	25	35	55	70	80
	4	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	25	40	60	80	100
	5	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	10	20	40	60	87
	6	Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4	7	10	13	15
	7	Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10	25	50	100	174
	8	Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3	6	9	12	15
	9	Persentase RS pemerintah terakreditasi paripurna	38	45	60	75	85
	10	Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan	77	78	79	79,5	80
	11	Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar $\geq 80\%$	10	15	30	45	60
	12	Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50	55	60	65	70
	13	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	84,17	0	0	0	0
	14	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	90,01	0	0	0	0
	15	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	80.1	0	0	0	0
	16	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	96	0	0	0	0

B. Perjanjian Kinerja

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 53 Tahun 2014, Perjanjian Kinerja pada dasarnya adalah pernyataan komitmen

pimpinan yang merepresentasikan tekad dan janji untuk mencapai kinerja yang jelas dan terukur dalam rentang waktu satu tahun dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya.

Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan menyusun perjanjian kinerja tahun 2025 mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024. Target kinerja ini menjadi komitmen bagi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan untuk mencapainya dalam tahun 2024.

Tabel 2.3 Perjanjian Kinerja yang Berisi Sasaran Program, Indikator Kinerja dan Target Tahun 2024 Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Program/Kegiatan		Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Target 2024
Program: Pelayanan Kesehatan dan JKN		Sasaran Program: Meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat	
	1	Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar	100
		Sasaran Program: Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan primer	
	2	Persentase FKTP terakreditasi	100
		Sasaran Program: Meningkatnya peran fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dalam pelayanan program prioritas bagi masyarakat	
	3	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	80
		Sasaran Program: Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	
	4	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	100
		Sasaran Program : Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	
	5	Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas	100
		Sasaran Program: Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4	
	6	Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar	42
		Sasaran Program: Terselenggaranya pelayanan	

		strata 4 di RS Vertikal secara optimal	
7		Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	7
		Sasaran Program: Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	
8		Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	135

		Sasaran Program: Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	
9		Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu	90
		Sasaran Program: Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	
10		Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri	20
		Sasaran Program: Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	
11		Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	34
		Sasaran Program: Tersedianya Hubs untuk mendukung pelayanan kesehatan terintegrasi	
12		Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative	100
		Sasaran Program: Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	
13		Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	90,01
		Sasaran Program: Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	
14		Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	80,1
		Sasaran Program: Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	
15		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan	95

	Sasaran Program: Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	
16	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	96

**Permenkes No.13 Tahun 2022 dan Direktif Menteri Kesehatan*

Tabel 2.4 Perjanjian Kinerja yang Berisi Sasaran Program, Indikator Kinerja dan Target Tahun 2025 Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Program/Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Target 2025
	Sasaran Program: Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan	
1	Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia & pendarahan postpartum) < 1%	25
2	Persentase Faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45
3	Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,5
4	Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50
5	Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	38
6	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	25
7	Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	10
8	Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	10
9	Tingkat kepuasan pasien di Fasyankes lanjutan	77
10	Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4
11	Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10
12	Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3
13	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	80

Pada tahun 2025 Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran sebesar Rp. 31.850.958.627.000,- untuk alokasi keseluruhan di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2024 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator program dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut dapat diperoleh informasi pencapaian indikator kinerja, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program di masa yang akan datang, agar setiap program yang direncanakan ke depan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Untuk mendukung peningkatan mutu fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan maka sasaran kegiatan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan adalah untuk meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan survei akreditasi. Indikator Kinerja Program Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2024 adalah :

1. Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar sebesar 100%
2. Persentase Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terakreditasi sebesar 100%
3. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas sebesar 80%
4. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar sebesar 100%
5. Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas sebesar 100%
6. Jumlah RS Rujukan Nasional sesuai standar sebesar 42 RS
7. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4 sebesar 7%
8. Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas sebesar 135 RS
9. Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu sebesar 90%
10. Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri sebesar 2%
11. Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional sebesar 34 RS
12. Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative sebesar 100%
13. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 90,01%

14. Nilai Kinerja Penganggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 80,1%
15. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan sebesar 95%
16. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 96%

**Tabel 3.1 Indikator Kinerja Program Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
Tahun 2022-2024**

No.	Indikator	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar			68	85	100
2	Persentase FKTP terakreditasi			80	90	100
3	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas			20	60	80
4	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar			90	95	100
5	Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas			10	50	100 (kum)
6	Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar			42	42	42
7	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4			7	7	7
8	Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas			34	70	135 (kum)
9	Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu			60	75	90 (kum)
10	Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri			20	10	2
11	Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional			12	24	34 (kum)
12	Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative			20	75	100
13	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			-	85	90,01
14	Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			-	93	80,1
15	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan			-	92,5	95

16	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			-	95	96

Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024

Tabel 3.2 Capaian Indikator Kinerja Ditjen Pelayanan Kesehatan Tahun 2024

INDIKATOR SASARAN STRATEGIS					
No	Indikator	Target	Realisasi	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Persentase Kab/Kota dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar	100	100	100	Dit. Fasyankes
2	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	100	97,12	97,12	Dit. Fasyankes
3	Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	80	94,43	118,04	Dit. PKP
4	Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit	<2.5	0,97	257	Dit. PKR
5	Persentase FKTP terakreditasi	100	92,51	92,51	Dit.MPK
6	Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan	90	98,37	109,3	Dit. MPK
7	Jumlah rumah sakit yang memiliki layanan unggulan internasional	34	29	85,29	Dit. Tata Kelola
INDIKATOR KINERJA PROGRAM					
No	Indikator	Target	Realisasi	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar	100	100	100	Dit. Fasyankes
2	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang	100	97,12	97,12	Dit. Fasyankes

	memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar				
3	Persentase FKTP terakreditasi	100	92,51	92,51	Dit.MPK
4	Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu	90	96,05	106,72	Dit.MPK
5	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	80	84,17	105,2	Dit. PKP
6	Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas	100	100	100	Dit. PKR
7	Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar	42	46	109,52	Dit. PKR
8	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	7	6,6	94,3	Dit. PKR
9	Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri	2	0,1	1538,46	Dit. PKR
10	Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	135	169	125,18	Dit. Tata Kelola
11	Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	34	29	85,29	Dit. Tata Kelola
12	Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome-based Science Initiative	100	100	100	Dit. Tata Kelola
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN					
No	Indikator	Target	Realisasi	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Pembangunan puskesmas di setiap kecamatan *(III.A.1)	171	161	94	Fasyankes
2	Jumlah kecamatan yang memiliki puskesmas sesuai standar *(III.A.1)	7230	7235	100,06	Fasyankes
3	Jumlah provinsi yang Sarana, Prasarana, dan Alkes (SPA) di Rumah Sakit wilayahnya memenuhi standar untuk melakukan pelayanan 9 penyakit prioritas *(III.D.1)	34	24	70,5	Fasyankes
4	Jumlah RS UPT Vertikal yang dibangun baru dan dikembangkan untuk mendukung pelayanan 9 penyakit prioritas *(III.D.1)	4	4	100	Fasyankes

5	Persentase fasyankes rujukan yang melakukan pengujian dan kalibrasi alat kesehatan *(III.D.1)	100	72	72	Fasyankes
6	Persentase penggunaan alat kesehatan dalam negeri di 34 RS vertikal *(III.N4)	75	79,15	105,53	Fasyankes
7	Persentase puskesmas terakreditasi *(III.B.1)	100	98,13	98,13	MPK
8	Persentase klinik pratama terakreditasi *(III.B.1)	100	87,49	87,49	MPK
9	Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TMPD) yang melakukan pengukuran INM (Indikator Nasional Mutu) pelayanan kesehatan *(III.B.1)	100	75,26	75,26	MPK
10	Persentase RS yang terakreditasi *(III.I.1)	100	100	100	MPK
11	Persentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi *(III.I.1)	100	89,99	89,99	MPK
12	Persentase UTD yang terakreditasi *(III.I.1)	100	59,13	59,13	MPK
13	Persentase fasyankes rujukan yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan *(III.I.1)	100	85,15	85,15	MPK
14	Persentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan *(III.I.1)	100	75,36	75,36	MPK
15	Persentase RS BLU yang kinerja pelayanan dan keuangannya baik *(III.G.1)	100	79	79	Tata Kelola
16	Jumlah RS Pendidikan yang berjejaring dalam program Academic Health System (AHS) *(III.H.1)	140	113	80,71	Tata Kelola
17	Jumlah RS yang mengembangkan program kerja sama dengan Luar Negeri (LN) *(III.K.1)	300	75	25	Tata Kelola
18	Jumlah hWGS yang dapat dihasilkan sebagai peta genome *(III.L.1)	6000	6700	111,66	Tata Kelola
19	Persentase Hubs BGSi yang melakukan kegiatan pengembangan layanan berbasis genomic *(III.L.1)	100	100	100	Tata Kelola
20	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP swasta *(III.C.1)	100	100	100	PKP

21	Presentase rumah sakit yang diampu dalam jejaring pengampuan yang melaporkan audit medis pada 9 layanan prioritas setiap tahun *(III.E.1)	100	97	97	PKR
22	Presentase rumah sakit vertikal yang melaporkan audit medis pada 9 layanan prioritas setiap 6 bulan *(III.E.1)	100	100	100	PKR
23	Persentase fasyankes rujukan di seluruh provinsi yang ditingkatkan dari RS strata madya ke strata utama *(III.F.1)	100	13	13	PKR
24	Jumlah RS yang dengan kompetensi strata 4 pada 9 penyakit prioritas *(III.H.1)	60	50	83	PKR
25	Jumlah provinsi yang memiliki RS yang diampu dalam penyelenggaraan pelayanan 9 penyakit prioritas nasional (Jantung, Kanker, DM-ginjal-hati, Stroke/Otak, KIA, TB, Penyakit Infeksi) *(III.H.1)	34	34	100	PKR
26	Persentase penurunan pasien WNI yang dirawat ke Malaysia dan Singapore	20	99	495	PKR
27	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan *(VI.B.1)	90,01	90,11	100,1	Setditjen
28	Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	80,1	88,41	110,37	Setditjen
29	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan	95	95,64	100,67	Setditjen
30	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	96	89,4	93,12	Setditjen

Tabel 3.3 Capaian Indikator Kinerja Ditjen Kesehatan Lanjutan Semester I Tahun 2025

INDIKATOR SASARAN STRATEGIS					
No	Indikator	Target	Realisasi TW I	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan	100%	0	0	Dit. PPKR
2	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan Kesehatan	77	0	0	Dit. MPKR
3	Persentase faskes mencapai akreditasi paripurna	33	54,17	164,15	Dit. MPKR
INDIKATOR KINERJA PROGRAM					
No	Indikator	Target	Realisasi TW I	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45 %	0	0	Dit. Fasyankes Rujukan
2	Rasio Tempat Tidur Terhadap Populasi	1,5	1,38	92	Dit. Fasyankes Rujukan
3	Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1%	25 %	0	0	Dit. Yanklin
4	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	25 %	15,7 %	62,8 %	Dit. Yanklin
5	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	10 %	2,3	23%	Dit. Yanklin
6	Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4 layanan	2 layanan	50%	Dit. PPKR
7	Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10 RS	6	80%	Dit. PPKR
8	Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3 CRU	0	0	Dit. PPKR
9	Persentase RS pemerintah terakreditasi paripurna	38	79,25	208,54	Dit. MPKR
10	Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan	77	0	0	Dit. MPKR

11	Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar $\geq 80\%$	10%	0%	0%	Dit. MPKR
12	Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50%	0%	0	Dit. MPKR
13	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	84,17	84,17	100	Dit. PPKR
14	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	90,1	91,76	101,8	Setditjen
15	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	80,1	49,53	61,8	Setditjen
16	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	96	36,83	38,3	Setditjen
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN					
No	Indikator	Target	Realisasi TW I	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Jumlah Kab/Kota dengan RSUD kelas D yang ditingkatkan menjadi kelas C	22	0	0%	Dit. Fasyankes Rujukan
2	Persentase RS Pemerintah Daerah yang memenuhi Ketersediaan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) sesuai standar	45 %	29%	72%	Dit. Fasyankes Rujukan
3	Persentase UTD milik pemerintah dengan SPA sesuai standar	35 %	0%	0%	Dit. Fasyankes Rujukan
4	Jumlah RS kapal dengan sarana, prasarana, alat sesuai standar	9	0	0%	Dit. Fasyankes Rujukan
5	Jumlah kab/kota yang memenuhi rasio TT minimal 2:1000	124	103	83,06	Dit. Fasyankes Rujukan
6	Persentase Kabupaten/Kota dengan RS PONEK sesuai standar	25 %	18,3 %	73,2 %	Dit. Yanklin
7	Persentase provinsi dengan RS yang memenuhi kapasitas pelayanan kesehatan ibu-anak, kanker, Jantung, Stroke, dan ginjal sesuai standar	40 %	31,5 %	78,75 %	Dit. Yanklin

8	Persentase kab/kota dengan RS yang memenuhi kapasitas pelayanan kesehatan ibu-anak, kanker, Jantung, Stroke, dan ginjal sesuai standar	20 %	11,1 %	55,5 %	Dit. Yanklin
9	Persentase RS Pemerintah dengan kompetensi minimal strata Madya untuk pelayanan DM, TBC, PIE, Gastrohepato dan/atau Kesehatan Jiwa sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan	50 %	40,8 %	81,6 %	Dit. Yanklin
10	Persentase RS yang melaksanakan dan melaporkan audit medis	50 %	0	0	Dit. Yanklin
11	Jumlah RS yang memberikan pelayanan trauma center di Kab/Kota	92 RS	12 RS	13%	Dit. Yanklin
12	Persentase fasilitas kesehatan yang terintegrasi dalam sistem rujukan online nasional	20 %	16 %	80 %	Dit. Yanklin
13	Jumlah Rumah Sakit Pemerintah yang mampu tata laksana korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)	50 RS	20 RS	40%	Dit. Yanklin
14	Persentase RS yang memberikan layanan geriatri terpadu	20 %	14,1%	70,5%	Dit. Yanklin
15	Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	400	374	93,5%	Dit. PPKR
16	Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	30 RS	28 RS	93%	Dit. PPKR
17	Persen populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	97%	26%	26,8%	Dit. PPKR
18	Persen populasi yang menggunakan farmakogenomika	60%	12,3%	20,5%	Dit. PPKR
19	RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar	43 RS	35 RS	81,4%	Dit. PPKR
20	Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	100	96	96%	Dit. PPKR
21	Persentase Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	20%	0%	0%	Dit. PPKR
22	Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	40%	0%	0%	Dit. TKPKR

23	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	150	98	65,4%	Dit. TKPKR
24	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	200	136	68%	Dit. TKPKR
25	Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	10	6	60%	Dit. TKPKR
26	Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	70	63	90	Dit. TKPKR
27	Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	8	15,50	193,81	Dit. MPKR
28	Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan	8	39,52	494	Dit. MPKR
29	Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)	30	11,75	39,17	Dit. MPKR
30	Jumlah kab/kota yang memenuhi rasio TT minimal 2:1000	124	103	83,06	Dit. MPKR

Indikator Kinerja Program (IKP) Tahun 2024:

a. Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar (Dit. Fasyankes)

Pusat Kesehatan Masyarakat atau disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Seperti termuat dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tahun 2019 salah satu prinsip puskesmas adalah prinsip ketersediaan. Berdasarkan prinsip tersebut Puskesmas harus dapat menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya. Selanjutnya untuk mendukung prinsip tersebut dinyatakan juga bahwa Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan tersebut juga dinyatakan bahwa adanya keharusan bagi puskesmas untuk memenuhi standar sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dinyatakan dalam persyaratan pendirian dan pengembangan suatu puskesmas. Sebagai tindak lanjutnya dalam permenkes tersebut juga mengisyaratkan adanya suatu kewajiban untuk melakukan upaya pemeliharaan, perawatan dan pemeriksaan secara berkala bagi sarana, prasarana dan alat agar tetap layak pakai dan fungsi. Melalui upaya tersebut puskesmas diharapkan mampu memberikan pelayanan yang lebih baik dan bermutu untuk masyarakat melalui kesiapan sarana prasarana dan alat kesehatan yang memenuhi standar pelayanan, keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja. Didalam Peraturan Menteri Kesehatan tersebut juga dinyatakan bahwa persyaratan peralatan telah terpenuhi paling sedikit 60 % (enam puluh persen)

1) Definisi Operasional

Persentase Kecamatan dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas diwilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.

Puskesmas yang baru didirikan dan/atau belum memiliki izin operasional, untuk mendapatkan izin operasional pertama kali dapat memenuhi persyaratan peralatan paling sedikit 60 % (enam puluh persen).

Permenkes No. 43 tahun 2019

2) Cara Perhitungan

Jumlah kecamatan dengan rata-rata pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (SPA) puskesmas minimal 60% berdasarkan data ASPAK dibagi total jumlah kecamatan dikali 100. Cara melakukan perhitungan pada indikator ini adalah dengan

menghitung kecamatan yang rata-rata SPA di puskesmas mencapai nilai minimal 60% berdasarkan data ASPAK kemudian dibagi dengan jumlah kecamatan di Indonesia (sebesar 7.230 Kecamatan sesuai dengan Permendagri no. 137 tahun 2017) dikalikan 100%

$\frac{\text{Jumlah kecamatan dengan rata-rata pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (SPA) puskesmas minimal 60% berdasarkan data ASPAK}}{\text{Total Jumlah Kecamatan (7230 Kec)}} \times 100\%$

3) Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

a. Target

Target tahun 2024 adalah sebanyak 100% kecamatan memiliki puskesmas sesuai standar.

b. Strategi Pelaksanaan

Untuk mengukur capaian target tersebut, menggunakan data SPA pada aplikasi ASPAK yang datanya diolah dengan cara swakelola. Untuk mencapai target indikator Persentase Kecamatan dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas diwilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK, dilakukan melalui kegiatan:

- **Pembinaan dan Pengawasan Pemenuhan SPA Puskesmas**

Kementerian kesehatan melakukan upaya pemenuhan SPA puskesmas melalui alokasi DAK. Untuk mendukung hal tersebut perlu dilakukan pembinaan dan pengawasan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan atau KL lain sehingga proses dapat berjalan sesuai target yang diharapkan.

➤ Pendampingan tahap awal

Tahapan ini dilakukan secara daring melalui zoom dan dilakukan sebagai kegiatan persiapan. Tujuan dari kegiatan ini adalah mempersiapkan segala sesuatu terkait kegiatan pembinaan dan pengawasan antara lain penyusunan SK team dan penentuan jadwal kegiatan serta penyusunan instrument pendukung.

➤ Pendampingan tahap I

Merupakan kegiatan yang bertujuan untuk memberi dukungan kepada daerah dalam pemenuhan persyaratan penarikan DAK tahap I sampai dengan batas waktu 21 Juli. Dilakukan dengan cara zoom terhadap seluruh target dengan tujuan untuk memastikan bahwa semua daerah sudah dapat memenuhi persyaratan penyaluran. Persyaratan tersebut antara lain : Perda APBD tahun anggaran berjalan, Laporan realisasi penyerapan dana dan capaian output kegiatan DAK Fisik TA sebelumnya yang telah direviu APIP, Rencana Kegiatan yang telah disetujui oleh K/L teknis dan Daftar kontrak Kegiatan

➤ Pendampingan tahap II

Kegiatan ini bertujuan untuk memberi dukungan kepada daerah dalam pemenuhan persyaratan penarikan DAK tahap II sampai dengan batas waktu 21 Oktober, melakukan evaluasi terkait progres pelaksanaan pemenuhan SPA serta mengidentifikasi permasalahan-permasalahan yang menjadi kendala dalam pelaksanaan tersebut. Kegiatan dilakukan dengan cara zoom terhadap seluruh target dengan tujuan untuk memastikan bahwa semua daerah sudah dapat memenuhi persyaratan penyaluran serta kunjungan lapangan pada lokus-lokus yang berkendala. Persyaratan tersebut antara lain : Perda APBD tahun anggaran berjalan, Laporan realisasi penyerapan dana dan capaian output kegiatan DAK Fisik TA sebelumnya yang telah direviu APIP, Rencana Kegiatan yang telah disetujui oleh K/L teknis dan Daftar kontrak Kegiatan.

➤ Pendampingan tahap III

Merupakan kegiatan yang bertujuan untuk memberi dukungan kepada daerah dalam pemenuhan persyaratan penarikan DAK tahap III sampai dengan batas waktu 15 Desember, melakukan evaluasi terkait progres pelaksanaan pemenuhan SPA serta mengidentifikasi permasalahan-permasalahan yang menjadi kendala dalam pelaksanaan tersebut. Kegiatan dilakukan dengan cara zoom terhadap seluruh lokus penerima DAK dengan tujuan untuk memastikan bahwa semua daerah sudah dapat memenuhi persyaratan penyaluran tahap akhir serta kunjungan lapangan pada lokus-lokus yang berkendala. Persyaratan tersebut antara lain : Perda APBD tahun anggaran berjalan, Laporan realisasi penyerapan dana dan capaian output kegiatan DAK Fisik TA sebelumnya yang telah direviu APIP, Rencana Kegiatan yang telah disetujui oleh K/L teknis dan Daftar kontrak Kegiatan. Dilakukan dengan

cara zoom terhadap seluruh target dengan tujuan untuk memastikan bahwa semua daerah sudah dapat memenuhi persyaratan penyaluran. Persyaratan tersebut antara lain : Perda APBD tahun anggaran berjalan, Laporan realisasi penyerapan dana dan capaian output kegiatan DAK Fisik TA sebelumnya yang telah direviu APIP, Rencana Kegiatan yang telah disetujui oleh K/L teknis dan Daftar kontrak Kegiatan

➤ **Bimbingan teknis ke lokasi**

Merupakan kunjungan ke daerah yang diperuntukkan bagi lokus dengan pencapaian kinerja terburuk. Tujuan kegiatan ini untuk memberikan bimbingan bagi daerah dalam pelaksanaan kegiatan.

- **Monitoring dan Evaluasi Pemenuhan SPA sesuai standar Puskesmas**

Upaya pemenuhan SPA dilakukan melalui Dana Alokasi Khusus (DAK), APBD dan dana pendukung lainnya. Selanjutnya untuk meningkatkan mutu SPA Puskesmas yang sudah dipenuhi tersebut perlu dilaksanakan juga kegiatan monitoring dan evaluasi serta bimbingan teknis di fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui kegiatan tersebut diharapkan akses dan mutu pelayanan Kesehatan dapat ditingkatkan. Maksud kegiatan Monev pemenuhan SPA di FKTP adalah untuk menjamin pemenuhan standar sarana prasarana dan alat kesehatan (SPA) Puskesmas dan untuk mempercepat pemenuhan standar keamanan dan keandalan puskesmas. Kegiatan Monitoring dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

➤ **Persiapan**

Dilakukan secara daring, bertujuan untuk melakukan persiapan monev pemenuhan SPA melalui data ASPAK. Kegiatan persiapan tersebut .antara lain meliputi penyusunan SK, penentuan jadwal kegiatan, penentuan metoda kegiatan dan penyusunan instrument pendukung. Kegiatan ini dilakukan dengan melibatkan Dinas Kabupaten Kota dan Dinkes Propinsi.

➤ **Analisis data ASPAK**

Dilakukan secara hybrid yang dilaksanakan di Kementerian Kesehatan. Peserta pada pertemuan ini adalah Staf Dit Fasyankes, Lintas Program terkait ASPAK serta Narasumber. dengan melibatkan narasumber dan lintas program maupun lintas sektor yang terkait dengan ASPAK. Pertemuan ini juga melibatkan Dinkes Kab/Kota dan Dinkes Propinsi.

➤ **Cross check data ASPAK**

Merupakan perjalanan Dinas ke Daerah untuk melakukan cross check terhadap kebenaran data SPA yang ada di ASPAK. Kegiatan ini dilakukan tiap 3 (tiga) bulan setelah dilakukan analisis terhadap data ASPAK.

➤ **Penyampaian hasil evaluasi pemenuhan SPA**

Merupakan pertemuan yang dilakukan secara online yang bertujuan untuk menyampaikan hasil evaluasi pemenuhan SPA pada triwulan berjalan. Peserta pada pertemuan ini adalah staf Dit Fasyankes, Lintas Program dengan melibatkan narasumber yang terkait dengan ASPAK.

- **Koordinasi Pemenuhan SPA di Puskesmas**

Untuk mendukung pemenuhan SPA melalui DAK tahun 2024 perlu diselenggarakan koordinasi bagi seluruh penerima DAK sebagai upaya peningkatan kemampuan sebuah daerah untuk melaksanakan kegiatan pemenuhan. Kegiatan Koordinasi Pemenuhan SPA di Puskesmas dilaksanakan untuk meningkatkan efisiensi dan eektivitas pelaksanaan kegiatan pemenuhan standar SPA di Puskesmas.

Kegiatan ini termasuk kegiatan yang direvisi karena perubahan arah kebijakan program di Kementerian Kesehatan yaitu terkait Transformasi System Kesehatan, kegiatan ini terdiri dari beberapa kegiatan. Target nya adalah penerima alokasi DAK Fisik Dasar tahun 2024 yaitu 514 dinkes kabupaten/kota dan 38 provinsi. Kegiatan tersebut meliputi :

a. **Koordinasi di pusat.**

Dilakukan secara online yang bertujuan untuk melakukan koordinasi dengan semua unit yang terkait dengan pemenuhan SPA melalui DAK.

b. **Koordinasi di daerah**

Dilakukan secara daring dan luring dengan melibatkan seluruh unit yang terkait pelaksanaan pemenuhan SPA Puskesmas melalui DAK. Detail pelaksanaan koordinasi tersebut adalah sebagai berikut :

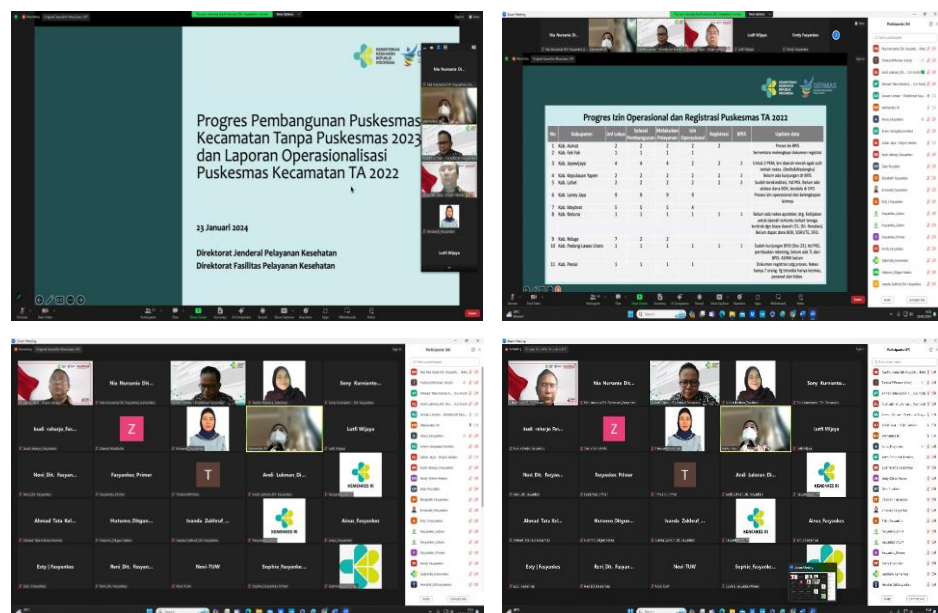
- Pertemuan dengan metode Hybrid (luring dan daring), dilaksanakan di bali dan diikuti oleh dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Monitoring Supervisi Pembangunan Infrastruktur Puskesmas Prototype Modern

Kegiatan dilakukan dengan melakukan pertemuan secara online, dengan Dinas Kabupaten/Kota terkait pembangunan puskesmas bersumber DAK.

- Pertemuan ini untuk mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh daerah dalam proses pembangunan puskesmas. Dalam pertemuan ini menghadirkan lintas sector antara lain dari Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, dan lintas program sebagai narasumber.



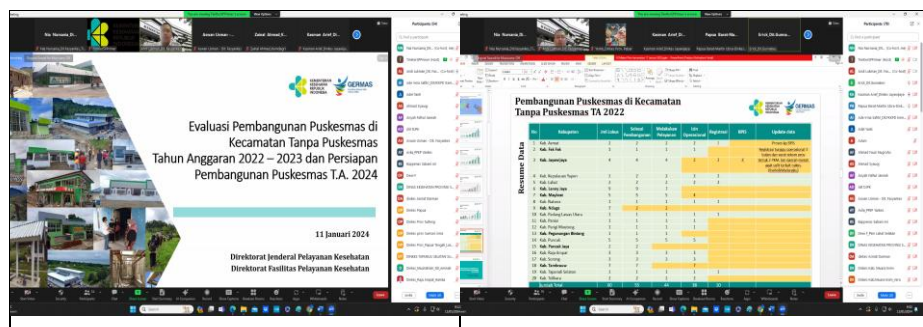
- Melakukan Kunjungan Langsung ke Lokasi Kegiatan pembangunan
Pada kegiatan ini tim teknis direktorat Fasyankes melakukan pendampingan dan supervisi ke lokasi pembangunan puskesmas berdasarkan hasil identifikasi pada pertemuan online. Melibatkan lintas program dari Biro Perencanaan Kemenkes, Setditjen Yankes, serta Dinkes provinsi. Dalam kegiatan ini tim teknis kemenkes meninjau lokasi pembangunan, kesiapan lahan, kesesuaian perencanaan daerah dengan juknis dan permenkes terkait, memberikan arahan serta bimbingan terkait proses pelaksanaan pembangunan.

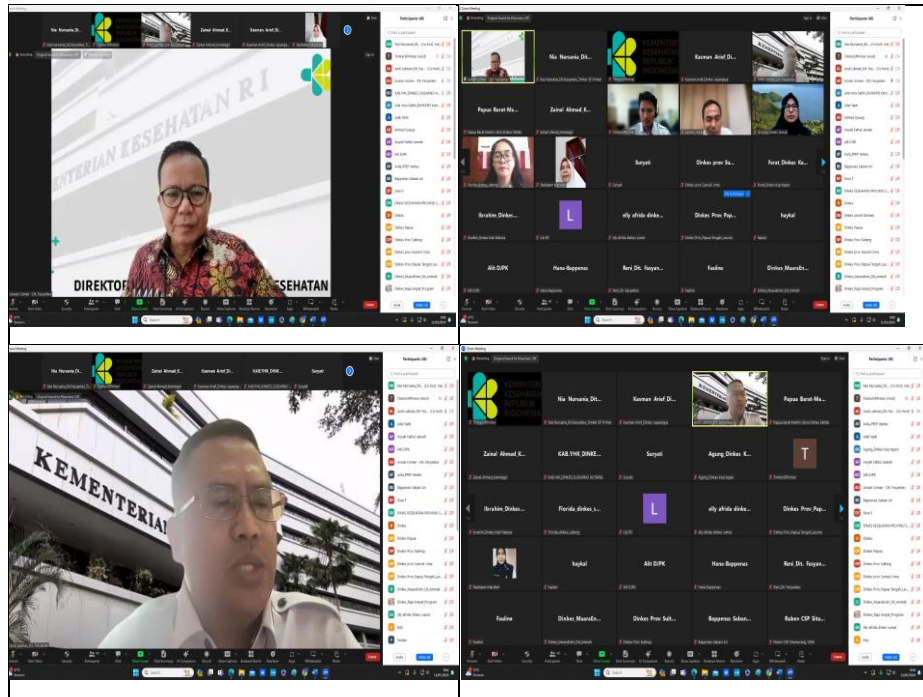


2. Puskesmas Prioritas Pariwisata Dan Kecamatan Tanpa Puskesmas Yang Memberikan Pembinaan Dan Pengawasan Dalam Rangka Pembangunan Infrastruktur Prototype Modern Puskesmas

- Melakukan Pertemuan Online

Tujuan untuk mengidentifikasi permasalahan di lokus prioritas pembangunan puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas. Pertemuan ini melibatkan lintas program yaitu dari Biro Perencanaan, Ditjen Tenaga Kesehatan, Setditjen Yankes, dan lintas sektor seperti dari Kemenkeu, Kemendagri, Bapenas, dan dinkes provinsi, dinkes Kab/Kota yang menjadi lokus pembangunan puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas.





- Kunjungan ke Lapangan

Pada kegiatan ini tim teknis direktorat Fasyankes melakukan pendampingan dan supervisi ke lokasi pembangunan pembangunan puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas berdasarkan hasil identifikasi pada pertemuan online. Kegiatan Melibatkan lintas program dari Biro Perencanaan Kemenkes, Setditjen Yankes, serta Dinkes provinsi. Dalam kegiatan ini tim teknis kemenkes meninjau lokasi pembangunan, kesiapan lahan, kesesuaian perencanaan daerah dengan juknis dan permenkes terkait, memberikan arahan serta bimbingan terkait proses pelaksanaan pembangunan.





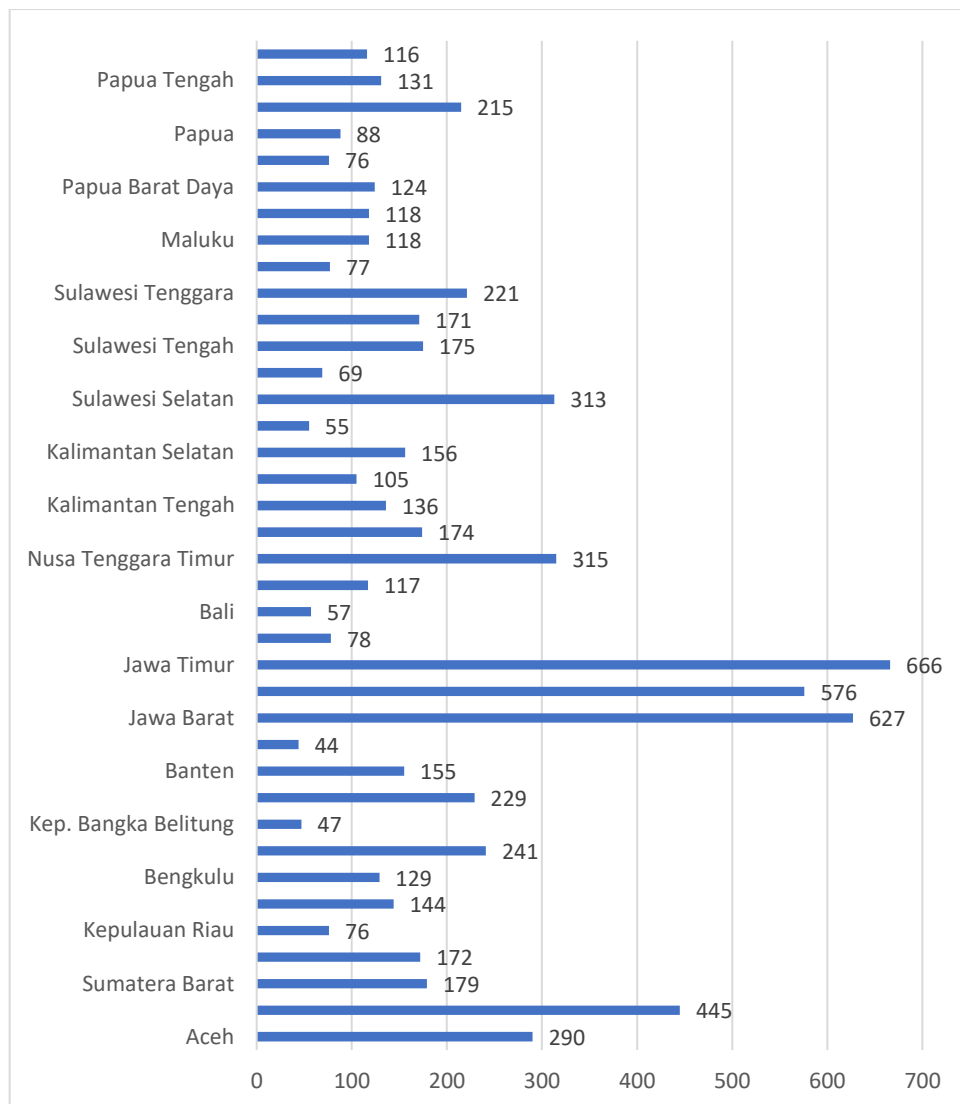
5) Pencapaian Kinerja

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 Indikator Kinerja Program (IKP) Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar untuk target tahun 2024 adalah sebesar 100%. Setelah dilakukan perhitungan pada tahun 2024 terdapat 7235 kecamatan (100%) memiliki puskesmas sesuai standar. Pencapaian target 100% di akhir tahun 2024 dapat tercapai mengingat sudah dilakukan berbagai upaya yaitu dengan pemenuhan SPA melalui DAK atau sumber dana lainnya (hibah) kemudian dilakukan pendampingan pengisian ASPAK yang baik dan benar pada dinas Kesehatan kabupaten/kota serta perwakilan puskesmas dimana selama ini masih terdapat kesalahan penginputan ASPAK serta masih terdapat SPA yang dilakukan pengadaan pada tahun 2024 namun belum dilakukan input pada ASPAK.

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Capaian Tahun 2024 adalah sebanyak 7235 kecamatan (100%) memiliki puskesmas sesuai standar. Angka ini diperoleh dari data ASPAK akhir bulan Desember 2024 dengan menghitung persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar, sebanyak 7235 Kecamatan telah memiliki Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan sesuai standar atau sebesar 100% pencapaian target diharapkan dapat tercapai mengingat sudah dilakukan berbagai Upaya salah satu nya dengan pemenuhan SPA di puskesmas baik melalui DAK atau sumber dana Lainnya (hibah) dan juga dilakukan pendampingan pengisian ASPAK yang baik dan benar.

**Provinsi yang Memiliki Kecamatan
dengan SPA Puskesmas Sesuai Standar**



7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

No	Indikator Target	Target 2024	Realisasi 2024	Capaian 2024
1	Persentase Kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar.	100%	100%	100%

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

No	Indikator Target	Target 2024	Capaian			
			2024	2023	2022	2021

1	Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar.	100%	100%	87%	68%	0%

Dibandingkan dengan capaian indikator pada tahun sebelumnya terdapat kenaikan sebesar 13%, Dimana pada tahun 2024 capaian indikator sebesar 87% dan pada tahun 2024 capaiannya sebesar 100%.

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

No	Indikator Target	Target 2024	Capaian 2024
1	Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar.	100%	100%

Target pada tahun 2024 yaitu sebesar 100% dapat tercapai, Upaya yang dilakukan dalam pencapaian target yaitu dengan melakukan pendampingan ke dinkes kab/kota penerima DAK 2024 agar puskesmas dapat segera melakukan penginputan SPA dengan baik dan benar serta adanya kegiatan workshop dan vasilitasi terkait pengisian data SPA pada ASPAK dengan menggunakan anggaran APBD, dekonsentrasi dan hiba.

10) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target pencapaian tahun ini sebesar 100% kecamatan memiliki puskesmas sesuai standar mengacu kepada pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat Dimana setiap puskesmas harus memenuhi standar minimal dari SPA yang telah ditetapkan. Saat ini penetapan minimal SPA sebesar 60% dari standar. Realisasi tahun ini sebesar 100% (7235 kecamatan) puskesmas kecamatan yang memiliki puskesmas sesuai dengan standar.

11) Permasalahan

- Beberapa puskesmas yang baru ter registrasi belum dapat mengisi data SPA pada ASPAK dengan baik dan benar.
- Puskesmas belum melakukan pengisian SPA perolehan tahun sebelumnya ke ASPAK hal ini disebabkan karena masih ada daerah yang belum menyelesaikan proses serah terima.
- Masih ada puskesmas yang belum melakukan update SPA pada ASPAK terkait kondisi SPA.

12) Pemecahan Masalah

- Mengadakan pertemuan lintas sektor dengan dinas Kesehatan provinsi, kabupaten/kota dalam rangka mendukung oprasional puskesmas baru termasuk pembuatan akun ASPAK dan pengisian data SPA pada ASPAK.
- Mendorong faskes untuk melakukan update pada aplikasi ASPAK, melakukan persuratan ke seluruh fasyankes, dinas kesehatan kabupaten/ kota, dinas kesehatan provinsi terkait update data ASPAK dan validasi data ASPAK.
- Melaksanakan peningkatan kompetensi tentang pengisian dan validasi ASPAK yang baik dan benar bagi petugas ASPAK puskesmas dan Dinas Kesehatan Kab/Kota.

13) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

- Target tahun 2024 sebesar 100% dapat tercapai. Hal ini disebabkan adanya dukungan dari dinas Kesehatan provinsi, kabupaten/kota yang memberikan dukungan dalam bentuk pendampingan ke puskesmas dalam hal pengisian dan update data SPA pada ASPAK dengan baik dan benar.

14) Analisis Efisiensi penggunaan Sumber Daya

Dari total pagu yang dialokasikan untuk melakukan pencapaian indikator persentase Kecamatan dengan rata-rata pemenuhan SPA di wilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK sebesar Rp.5.277.916.000.- dapat dilakukan realisasi sebesar Rp.3.177.083.201,- atau sebesar 60% dari total pagu.

Berdasarkan prosentase capaian indikator dan Realisasi Anggaran untuk perhitungan efisiensi pada indikator ini sebesar 39,80%. Dimana presentase kinerja indikator sebesar 100% dan presentase kinerja anggaran sebesar 60%. Untuk presentase

kinerja indikator tersebut merupakan kumulatif capaian indikator dari tahun anggaran 2022, sehingga menyebabkan nilai efisiensi anggaran menjadi tinggi.

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	% Kinerja IKP	Alokasi Anggaran (Rupiah)	Realisasi Anggaran (Rupiah)	% Kinerja Anggaran	Efisiensi
-1	-2	-3	-6	-7	-8	-9	-10
1	Meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat	Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar	100%	Rp.5.277.916.000.-	Rp.3.177.083.201,-	60%	39,80%

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

Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:

Melakukan pendampingan oleh dinas Kesehatan provinsi dan Kabupaten/kota dalam pengisian dan update data SPA dengan cara membandingkan isian ASPAK dengan usulan kegiatan melalui DAK, hal ini dilakukan dalam rangka perencanaan pemenuhan SPA puskesmas agar sesuai dengan standar.

b. Persentase FKTP terakreditasi

1) Definisi Operasional

Persentase FKTP yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku secara kumulatif pada tahun berjalan. FKTP yang dimaksud terdiri atas Puskesmas dan Klinik Pratama.

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan suatu fasilitas pelayanan kesehatan setelah dilakukan penilaian bahwa fasilitas pelayanan kesehatan tersebut telah memenuhi standar akreditasi.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022

2) Cara Perhitungan

Cara penghitungan indikator ini adalah dengan menghitung jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama yang terakreditasi pada tahun berjalan dibagi dengan jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama sesuai *baseline* dikalikan 100%. Data FKTP yang digunakan sebagai denominator adalah jumlah FKTP pada akhir Desember 2022 (dengan penyesuaian jumlah Puskesmas pada akhir 2023) yaitu sebanyak 21.656 yang terdiri atas 10.212 Puskesmas dan 11.444 Klinik

Pratama.

Rumus Perhitungan Indikator Persentase FKTP Terakreditasi, adalah:

$$\frac{\text{Jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama Terakreditasi Pada Tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Seluruh Puskesmas Dan Klinik Pratama (Sesuai Baseline = 21.656)}} \times 100\%$$

Adapun penggunaan angka *baseline* Desember 2022 untuk capaian tahun 2024 didasarkan pada Pasal 3 Ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang menjelaskan bahwa akreditasi dilakukan paling lambat setelah Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh perizinan berusaha untuk pertama kali. Dengan demikian, FKTP yang wajib melaksanakan akreditasi pada akhir tahun 2024 merupakan FKTP yang telah teregistrasi sejak akhir tahun 2022.

3) Rencana Aksi Untuk Mencapai Target

- 1) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
- 2) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- 3) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi FKTP.
- 4) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- 5) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP.
- 6) Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
- 7) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP.
- 8) Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Non Fisik, dan dana Dekonsentrasi untuk peningkatan mutu dan percepatan akreditasi FKTP.
- 9) Pengembangan aplikasi mutufasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).
- 10) Melakukan percepatan survei akreditasi puskesmas dengan kondisi khusus sesuai dengan Kepmenkes Nomor HK.02.01/Menkes/389/2024 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Pada Puskesmas dengan Kondisi Khusus oleh

Kementerian Kesehatan, dimana kondisi khusus ini meliputi Puskesmas yang terletak pada : daerah dengan kondisi keamanan yang tidak stabil, di wilayah pulau kecil atau gugus pulau dengan jarak tempuh ke ibu kota kabupaten lebih dari 6 (enam) jam, dan/atau rawan bencana, Puskesmas yang sulit dijangkau karena keterbatasan aksesibilitas, yaitu: transportasi darat/air/udara dari dan ke ibu kota kabupaten terbatas, jarak tempuh pulang atau pergi dari ibu kota kabupaten ke puskesmas lebih dari 6 (enam) jam, transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim dan cuaca tidak terdapat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan Puskesmas terkendala sarana komunikasi dan jaringan internet.

4) Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
 - (1) Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
 - (2) Penetapan Standar Akreditasi Puskesmas (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023)
 - (3) Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).
 - (4) Penetapan Instrumen Survei Akreditasi Klinik (Kepdirjen Nomor HK.02.02/I/105/2023)
 - (5) Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
 - (6) Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023)
 - (7) Penetapan Penyelenggaraan Akreditasi Pada Puskesmas dengan Kondisi Khusus oleh Kementerian Kesehatan,)Kepmenkes Nomor HK.02.01/Menkes/389/2024)
 - (8) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.

- (a) Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
 - i. Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait pemenuhan ASPAK
 - ii. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
 - iii. *Digital Transformation Office* Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.
- (b) Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, dan BPJS Kesehatan.
- (c) Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan asosiasi FKTP.
- (d) Advokasi kebijakan dan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten dengan puskesmas di daerah dengan kondisi khusus.
- b) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi FKTP.
 - (1) Penetapan kurikulum dan modul pelatihan calon surveyor akreditasi FKTP.
 - (2) Pelaksanaan *Placement Test* bagi calon surveyor akreditasi memanfaatkan aplikasi Pelataran Sehat.
 - (3) Pelaksanaan *Training of Trainer* (TOT) bagi calon surveior akreditasi FKTP.
 - (4) Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveiyor melalui Uji Kompetensi.
- c) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
 - (1) Peningkatan kapasitas Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan pemahaman tentang standar akreditasi FKTP.
 - (2) Bimbingan Teknis Akreditasi FKTP kepada Dinas Kesehatan.
 - (3) Bimbingan Teknis Akreditasi kepada FKTP.
- d) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP.
 - (1) Pemantauan dan Evaluasi implementasi standar dan petunjuk teknis survei akreditasi di FKTP.
 - (2) Pemantauan dan Evaluasi kepada surveior akreditasi dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA).

- (3) Percepatan survei akreditasi FKTP oleh LPA melalui pemantauan progress pencapaian akreditasi melalui aplikasi Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
- e) Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).
Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi akreditasi yang dikembangkan terintegrasi dengan sistem informasi registrasi fasilitas pelayanan kesehatan (DFO), ASPAK, SISDMK, dan sistem informasi mutu fasyankes.
- f) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP.
- (1) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas.
 - (2) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Klinik Pratama.
 - (3) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Puskesmas.
 - (4) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Klinik Pratama.
- g) Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Non Fisik, dan dana Dekonsentrasi untuk peningkatan mutu dan percepatan akreditasi FKTP.
Dukungan akreditasi Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus dan Dekonsentrasi Kegiatan yang dilakukan dalam mendukung penilaian akreditasi yaitu dukungan alokasi anggaran untuk survei serta pemantauan mutu bagi Puskesmas melalui DAK NF. Selain dengan anggaran DAK NF, penguatan pembinaan mutu FKTP juga dilakukan oleh Dinas Kesehatan menggunakan dana dekonsentrasi.
- h) Pengembangan aplikasi mutufasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).
Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi dengan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

5) Pencapaian Kinerja

Dumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) pada Desember 2022 adalah sebanyak 21.656 yang terdiri atas 10.212 Puskesmas dan 11.444 Klinik Pratama. Target pencapaian pada tahun 2024 adalah sebesar 100% atau 21.656 FKTP.

Pencapaian Indikator Kinerja Program Persentase FKTP Terakreditasi tahun 2024 adalah sebesar 92,51% atau 20.033 FKTP (10.021 Puskesmas dan 10.012 Klinik Pratama), sebagaimana ditampilkan pada Tabel 3.3 berikut.

Tabel 3.3 Capaian Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi Tahun 2024

Jenis Indikator	Indikator	Target 2024	Capaian 2024	Persentase Realisasi
Indikator Kinerja Program	Persentase FKTP Terakreditasi	100% (21.656)	92.51% (20.033)	92.51%

Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

6) Analisis Capaian Kinerja

Berdasarkan data tabel 3.3 di atas dapat disimpulkan bahwa indikator Persentase FKTP Terakreditasi belum tercapai. Hal ini mulanya disebabkan pada masa Pandemi COVID-19 terjadi penghentian sementara kegiatan yang terkait dengan akreditasi fasyankes, termasuk FKTP, yang mengacu pada SE Menteri Kesehatan Nomor 455 Tahun 2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).

Kemudian, sejalan dengan kondisi pandemi COVID-19 yang mulai terkendali, Kementerian Kesehatan menerbitkan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 133 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mengatur tentang penerapan kembali akreditasi fasyankes, termasuk FKTP. Namun, sesuai dengan transformasi sistem akreditasi, regulasi terkait pelaksanaan survei akreditasi belum ditetapkan seperti kebijakan mengenai penyelenggaraan akreditasi (Permenkes Nomor 34 Tahun 2022 diterbitkan pada bulan Desember tahun 2022), penetapan lembaga penyelenggara akreditasi, tarif dan standar akreditasi FKTP.

Percepatan penyelenggaraan survei akreditasi FKTP berlangsung sepanjang tahun 2023 sampai dengan 2024 dengan sejumlah tantangan seperti kendala sinyal, kurangnya jumlah SDM, letak geografis yang sukar diakses, hingga potensi gangguan keamanan pelaksanaan survei akreditasi. Pencapaian

92,51% tersebut sudah relatif tinggi dengan hanya menyisakan 191 Puskesmas yang belum terakreditasi ataupun masih dalam proses akreditasi dan 1.432 Klinik Pratama yang belum memiliki anggaran untuk akreditasi ataupun tidak memprioritaskan pelaksanaan akreditasi karena tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

7) Analisis Capaian Kinerja Tahun 2024 Dibandingkan 2023

Tabel 3.4 Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2023-2024)

Judul Indikator	2023			2024		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP terakreditasi	90%	68,69%	76,3%	100%	92,51%	92,51%

Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Merujuk pada tabel di atas, meskipun target yang ditetapkan masih belum tercapai, terjadi peningkatan baik pada angka capaian maupun persentase realisasi capaian terhadap target sejak tahun 2023 hingga tahun 2024. Untuk capaian, meningkat dari 68,69% pada tahun 2023 menjadi 92,51% pada akhir tahun 2024. Sementara untuk persentase realisasi capaian terhadap target, terjadi peningkatan dari 76,3% pada tahun 2023 menjadi 92,51% pada tahun 2024. Hal ini dikarenakan terjadi percepatan akreditasi FKTP yang berlangsung sejak pertengahan tahun 2023 hingga akhir tahun 2024.

Analisis capaian kinerja dibandingkan dengan tahun 2024 didukung dengan adanya:

1. Penyempurnaan Aplikasi Mutu Fasyankes sebagai sarana pelaporan mutu dan keselamatan pasien, dengan harapan mempermudah Puskesmas dan Klinik Pratama melaporkan komitmen mutu FKTP, hasil pengukuran indikator nasional mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien.
2. Kegiatan bimbingan teknis mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan dilakukan dalam rangka upaya pemantauan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan kesehatan, melihat fasyankes primer melakukan upaya perbaikan mutu termasuk strategi Puskesmas dan Klinik Pratama dalam memberikan pelayanan di masa pandemi COVID-19 yang harus memperhatikan protokol kesehatan serta mengetahui masalah dan

hambatan Puskesmas dan Klinik Pratama dalam melakukan pelayanan esensial di masa pandemi COVID-19.

3. Kegiatan pertemuan koordinasi dilakukan dalam rangka memperoleh dukungan sekaligus penguatan peran dari *stakeholder* terkait meliputi Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, FKTP, Organisasi Profesi, swasta. Hal ini dilakukan karena akreditasi Fasyankes termasuk dalam program prioritas nasional yang tercantum sebagai indikator Renstra dan RPJMN sehingga dalam pencapaian targetnya perlu kerja sama dengan *stakeholder* terkait.

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

Pada tahun 2022 diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Indikator Kinerja Program FKTP Terakreditasi merupakan indikator yang baru muncul pada Permenkes No. 13 Tahun 2022 tersebut. Pada Renstra sebelumnya yang tertuang pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2020, terdapat indikator yang hampir bersesuaian yakni Persentase FKTP Sesuai Standar dengan target 46% pada tahun 2020 dan 60% pada tahun 2021.

Tabel 3.5 Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi dengan FKTP Sesuai Standar (Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Judul Indikator	2020			2021			2022			2023			2024		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP sesuai standar	46%	56,4%	122,6%	60%	56,4%	94,0%									
Persentase FKTP terakreditasi							80%	56,4%	70,5%	90%	68,69%	76,3%	100%	92,51%	92,51%

Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Merujuk pada tabel di atas, telah terjadi peralihan dari Indikator Kinerja Program FKTP Sesuai Standar menjadi Persentase FKTP Terakreditasi, target capaian tetap disusun meningkat setiap tahunnya. Sedangkan secara capaian, sejak tahun 2020, masih berada pada angka 56,4% lalu meningkat pesat sejak tahun 2022 menjadi 92,51% pada akhir 2024. Hal ini dikarenakan pada tahun 2020 telah terjadi pandemi COVID-19 yang menyebabkan penundaan/penghentian sementara semua kegiatan terkait akreditasi seluruh fasyankes termasuk Puskesmas dan Klinik Pratama, namun dilakukan percepatan survei akreditasi FKTP yang dilaksanakan hingga penghujung tahun 2024.

9) Analisis Capaian Kinerja 2024 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2020-2024:

Target pada Indikator Kinerja FKTP Terakreditasi pada tahun 2024 adalah sebesar 100% yaitu 21.656 FKTP yang terdiri atas Puskesmas dan Klinik Pratama. Capaian indikator Persentase FKTP Terakreditasi akhir tahun 2024 adalah 20.033 FKTP dari 21.656 FKTP atau 92,51% (belum tercapai). Capaian FKTP Terakreditasi merupakan capaian yang didapat dari hasil percepatan survei akreditasi FKTP di Indonesia.

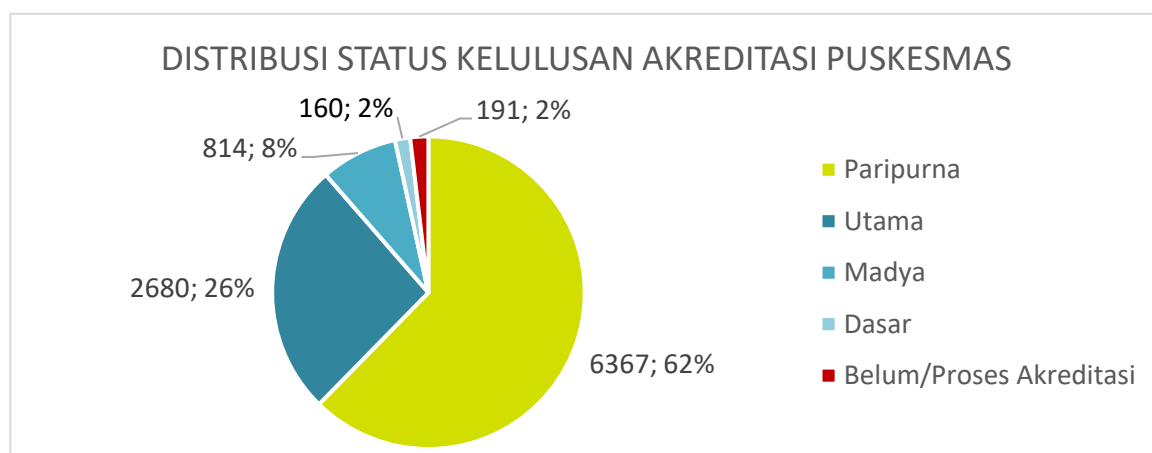
Tabel 3.6 Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase FKTP Terakreditasi dengan FKTP Sesuai Standar (Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Judul Indikator	2020			2021			2022			2023			2024		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase FKTP sesuai standar	46%	56,4%	122,6%	60%	56,4%	94,0%									
Persentase FKTP terakreditasi							80%	56,4%	70,5%	90%	68,69%	76,3%	100%	92,51%	92,51%

Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa pencapaian pada tahun 2022, hingga 2024 belum memenuhi target kinerja yang ditetapkan.

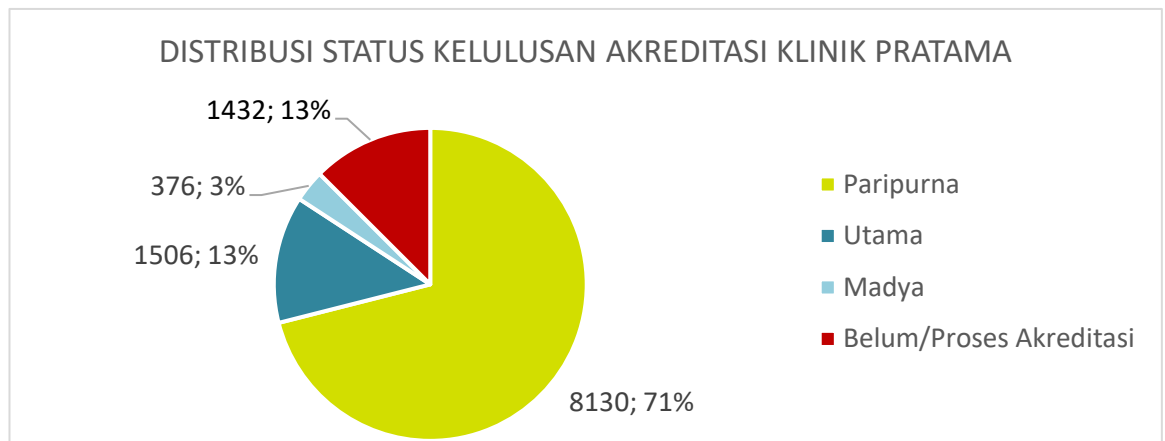
Kemudian dalam mendukung pencapaian indikator kinerja program (IKP) FKTP terakreditasi, terdapat capaian indikator kinerja kegiatan (IKK) yakni Persentase Puskesmas yang terakreditasi sejumlah 10.021 Puskesmas, didominasi oleh status kelulusan utama dan paripurna, dengan rincian paripurna 6.367 (62,3%), 2.680 utama (26,2%), 814 madya (8%), dan 160 dasar (1,6%), serta 191 (1,9%) dalam proses validasi penilaian dan penerbitan sertifikat akreditasi.



Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Gambar 3.5 Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas

Selanjutnya, untuk capaian persentase klinik pratama terakreditasi adalah sejumlah 10.012 klinik (87%) terakreditasi yang didominasi oleh status kelulusan utama dan paripurna, dengan rincian paripurna 8.130 (71%), 1.506 utama (13%), dan 376 madya (3%), serta 1.432 (13%) dalam proses validasi penilaian dan penerbitan sertifikat akreditasi.



Sumber data: SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Gambar 3.6 Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama

10) Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Standar Nasional

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembandingan (*benchmarking*) pada realisasi kinerja untuk indikator ini.

11) Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain:

- Waktu pelaksanaan survei akreditasi pada tahun 2023 ini sangat terbatas. Survei baru dapat dilakukan pada Mei 2023 karena menunggu regulasi-regulasi pendukung seperti tarif, juknis survei dan penetapan lembaga.
- Jumlah surveyor masih kurang serta distribusi surveyor akreditasi FKTP belum merata di seluruh wilayah.
- Pelaksanaan Registrasi klinik belum optimal sehingga masih ada klinik yang tidak memiliki nomor register (kode fasyankes), sehingga tidak bisa mendaftar survey melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi FKTP.
- Tidak tersedianya alokasi anggaran akreditasi FKTP pada sebagian Puskesmas yang tidak mendapatkan anggaran DAK NF. Sementara untuk klinik, tidak tersedia alokasi anggaran DAK Non Fisik untuk akreditasi

- e) Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Hal ini disebabkan tidak ada konsekuensi lain bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.
- f) Bagi klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah, tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- g) Bagi klinik swasta, komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk pemenuhan standar akreditasi masih rendah.
- h) Kesiapan Puskesmas (SDM, Infrastruktur dan pemahaman tentang standar) untuk disurvei masih kurang sehingga menunda pelaksanaan survei.
- i) Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait Akreditasi FKTP di daerah tersebut.
- j) Pada pertengahan tahun 2023, survei akreditasi sudah berproses, namun sebagian besar FKTP masih mengalami kendala proses dalam sistem informasi (SINAF & DFO).

12) Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Percepatan akreditasi melalui penambahan jumlah surveyor oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi FKTP.
- b) Pelatihan calon surveyor untuk menambah surveyor serta mempertimbangkan distribusi calon surveyor dalam menentukan penyelenggaraan pelatihan seperti di Papua, Papua Barat, Maluku dan Maluku Utara.
- c) Koordinasi dengan lintas program di Kementerian Kesehatan yang bertanggungjawab dalam registrasi fasilitas pelayanan kesehatan.
- d) Bagi Puskesmas yang tidak mendapatkan alokasi DAK Non Fisik maka diupayakan penganggaran melalui sumber lain seperti DBHCT (Dana Bagi Hasil Cukai Tembakau), APBD Pemerintah Setempat atau pembiayaan mandiri (Puskesmas BLUD).
- e) Mendorong Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengadvokasi klinik-klinik di wilayahnya untuk melakukan akreditasi walaupun tidak ada konsekuensi/sanksi serta meningkatkan komitmen Pemilik Klinik terkait akreditasi klinik. Advokasi dilakukan dengan *Desk one on one* dengan Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten Kota untuk mendorong pencapaian akreditasi FKTP.

- f) Pelaksanaan Bimbingan Teknis, Workshop dan Sosialisasi Standar Akreditasi FKTP oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas kesehatan. Terkait infrastruktur, advokasi kepada Pemerintah Daerah yang bertanggungjawab pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas tersebut.
- g) Meminimalkan penggunaan aplikasi dan menggunakan sistem manual sementara.
- h) Koordinasi dengan DFO untuk pengembangan aplikasi berdasarkan umpan balik keluhan dari FKTP.

13) Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Kegagalan pencapaian target dipengaruhi hal-hal sebagai berikut: .

- a) Waktu pelaksanaan survei akreditasi FKTP cukup terbatas, mulai pertengahan tahun 2023 hingga akhir tahun 2024 untuk mengejar target 100% FKTP Terakreditasi, sedangkan capaian pada akhir tahun 2023 pun hanya 68,69%. Oleh karena itu, untuk mengejar lebih dari 30% dari total target capaian pada tahun 2024 sangat menantang dan memerlukan strategi lainnya.
- b) Pelaksanaan Registrasi klinik belum optimal sehingga masih ada klinik yang terkendala dengan nomor registrasi tidak memiliki nomor register (kode fasyankes), sehingga kesulitan dalam mendaftar survey melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi FKTP.
- c) Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan tidak ada konsekuensi lain/punishment bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.
- d) Bagi klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah, tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- e) Bagi klinik swasta, komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk pemenuhan standar akreditasi masih rendah.
- f) Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait Akreditasi Klinik Pratama di daerah tersebut.
- g) Pemenuhan sarana prasarana sebagai syarat akreditasi dirasakan cukup berat oleh klinik swasta

- h) Belum ada kebijakan yang mengatur sanksi dan konsekuensi bagi klinik yang tidak melakukan akreditasi.

14) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Tabel 3.7 Perhitungan Efisiensi Pencapaian Indikator FKTP Terakreditasi Tahun 2024

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 FKTP Terakreditasi	7.639.006.000	0.9251	7.066.844.451	7.419.767.753	- 0,05

Sumber data: SINAF dan SAKTI, 2024

Mengacu pada perhitungan efisiensi sesuai penyajian Laporan Kinerja KemenPANRB, rumus untuk efisiensi sumber daya adalah:

$$\text{Efisiensi} = \% \text{ Realisasi Kinerja} - \% \text{ Realisasi Anggaran}$$

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan rumus tersebut, maka diperoleh nilai efisiensi indikator FKTP Terakreditasi sebesar -5% (minus lima persen) yang berarti terjadi inefisiensi sebesar 5% pada pencapaian indikator FKTP terakreditasi.

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi kebijakan menjadi lebih luas.

Pelaksanaan akreditasi Puskesmas sudah menggunakan aplikasi SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes) dan DFO (Data Fasyankes Online) yang terbridging dengan Lembaga penyelenggara akreditasi Puskesmas, sehingga penilaian, pelaporan dan penandatanganan sertifikat akreditasi dilakukan secara elektronik. Sehingga dapat mempercepat waktu pelaksanaan, hasil penilaian, penetapan kelulusan akreditasi puskesmas dan waktu tunggu terbit sertifikat.

15) Analisis Program/Kegiatan yang Mendukung Pencapaian Keberhasilan/ Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Program-program yang dilakukan untuk mendukung pencapaian target kinerja indikator persentase FKTP Terakreditasi adalah sebagai berikut:

- i. Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan. Kebijakan-kebijakan yang diterbitkan mempermudah pelaksanaan akreditasi FKTP
- ii. Pengoordinasian kebijakan dan implementasi penyelenggaraan akreditasi FKTP dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan ditujukan untuk menyelesaikan masalah dan hambatan dalam penyelenggaraan akreditasi.
- iii. Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveiyor melalui Uji Kompetensi.
- iv. Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan untuk mendorong pelaksanaan survey akreditasi.
- v. Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi FKTP ditujukan untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan akreditasi FKTP
- vi. Pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF) untuk mendukung pelaksanaan akreditasi FKTP
- vii. Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di FKTP sebagai bagian persiapan akreditasi FKTP.
- viii. Pengalokasian anggaran APBN, DAK-Non Fisik, dan dana Dekonsentrasi sehingga survey dapat dilaksanakan.

Pengembangan aplikasi mutufasyankes sebagai sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mempermudah pelaporan INM dan IKP dalam rangka mendorong budaya mutu di FKTP sebagai bagian persiapan akreditasi FKTP.

c. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas (Dit. PKP)

1. Definisi Operasional

Puskesmas di kawasan perkotaan yang membina dan memiliki perjanjian kerjasama dengan FKTP lain (klinik pratama, praktek mandiri dokter atau tenaga kesehatan lainnya) dibawah pengawasan dinas kesehatan kabupaten/kota. Klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang dimaksud adalah yang telah bekerjasama dengan BPJS sampai Desember 2021.

2. Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif Puskesmas di kawasan perkotaan yang telah memiliki perjanjian kerjasama dengan FKTP lain (klinik pratama, praktek mandiri dokter, atau

tenaga kesehatan lainnya) dalam mendukung program prioritas nasional (TB, Hipertensi dan DM) pada akhir tahun berjalan dibagi dengan jumlah semua puskesmas di kawasan perkotaan dikali 100.

3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Dalam rangka meningkatkan peran fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dalam pelayanan program prioritas bagi masyarakat, Pemerintah dan pemerintah daerah mendorong Puskesmas agar melakukan kerja sama serta kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelayanan program prioritas (TB, DM dan Hipertensi). Kementerian Kesehatan berupaya menyusun pedoman yang diperlukan sebagai acuan pelaksanaan program integrasi pelayanan Puskesmas dengan FKTP lainnya yang dikeluarkan dalam bentuk Keputusan Dirjen Yankes No 8463 Tahun 2023, dan untuk mempermudah penggunaan, pemahaman pedoman dengan bentuk, desain dan bahasa yang lebih sederhana, maka diperlukan Petunjuk teknis (Juknis) berupa buku saku Pemerintah pusat juga melakukan implementasi serta sosialisasi dan advokasi kepada pemerintah daerah melalui dinas kesehatan di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota dalam rangka memperoleh dukungan program/kegiatan serta mengupayakan dukungan dana dari Pusat melalui dana dekonsentrasi atau pembiayaan lainnya. **Indikator ini tidak lagi dipantau oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Ditjen Pelayanan Kesehatan pada periode 2025-2029 dikarenakan perubahan tugas pokok dan fungsi sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.**

4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian target tidak dilaksanakan pada tahun anggaran 2025. Hal ini mengacu pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang menetapkan adanya perubahan struktur serta tugas dan fungsi unit utama selaku pengampu indikator pada periode 2022-2024.

5. Pencapaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas di tahun 2024 adalah sebesar 80% dari jumlah Puskesmas di wilayah perkotaan.

Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan terkait Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) dan data pengusulan DAK NF terdapat 2.537 Puskesmas wilayah perkotaan yang telah berkolaborasi dengan FKTP lain sehingga diperoleh realisasi indikator sebesar 84,17%. Maka dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja untuk indikator Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain adalah 105,2%.

Tabel Target dan Realisasi Indikator

Indikator	2024		
	Target	Realisasi	Capaian
Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	80%	84,17%	105,2%

Tabel Distribusi Jumlah Puskesmas yang Bekerja Sama dengan FKTP Lain dalam Pelaksanaan Program Prioritas

No.	Provinsi	Jumlah Puskesmas		
		2022	2023	2024
1	Aceh	10	26	53
2	Sumatera Utara	35	155	138
3	Sumatera Barat	18	53	64
4	Riau	11	50	73
5	Jambi	3	18	39
6	Sumatera Selatan	31	72	96
7	Bengkulu	0	24	37
8	Lampung	14	45	61
9	Kep. Bangka Belitung	3	8	22
10	Kepulauan Riau	10	21	36
11	DKI Jakarta	79	260	42
12	Jawa Barat	138	313	480
13	Jawa Tengah	62	172	263
14	DI Yogyakarta	18	36	54
15	Jawa Timur	70	171	293
16	Banten	33	44	152
17	Bali	13	22	29

18	Nusa Tenggara Barat	4	23	26
19	Nusa Tenggara Timur	1	29	26
20	Kalimantan Barat	7	20	34
21	Kalimantan Tengah	3	17	40
22	Kalimantan Selatan	7	21	64
23	Kalimantan Timur	10	24	67
24	Kalimantan Utara	0	4	13
25	Sulawesi Utara	1	45	45
26	Sulawesi Tengah	6	16	24
27	Sulawesi Selatan	9	69	103
28	Sulawesi Tenggara	1	18	35
29	Gorontalo	2	11	20
30	Sulawesi Barat	0	9	12
31	Maluku	0	7	24
32	Maluku Utara	0	7	15
33	Papua Barat	1	1	4
34	Papua	3	4	21
35	Papua Selatan	0	0	7
36	Papua Tengah	0	0	7
37	Papua Pegunungan	0	0	9
38	Papua Barat Daya	0	0	9
Total		603	1815	2537

6. Analisa Capaian Kinerja

Berdasarkan Kepmenkes Nomor 1557 Tahun 2022 tentang Data Pusat Kesehatan Masyarakat Teregistrasi Semester I Tahun 2022, jumlah Puskesmas di kawasan perkotaan adalah sebanyak 3.014 unit. Jumlah kumulatif Puskesmas di kawasan perkotaan yang telah memiliki perjanjian kerja sama dengan FKTP lain dalam mendukung program prioritas nasional (TB, Hipertensi dan DM) adalah sebanyak 2.537 Puskesmas. Berdasarkan data-data tersebut, maka capaian IKP pada semester II tahun 2024 adalah jumlah kumulatif Puskesmas di kawasan perkotaan yang telah memiliki

perjanjian kerja sama dengan FKTP lain dalam mendukung program prioritas nasional (2.537 Puskesmas) dibagi jumlah Puskesmas kawasan perkotaan (3014 Puskesmas), dikali 100%, sama dengan 84,17%. Berdasarkan perhitungan tersebut dapat disampaikan bahwa capaian ini telah melampaui target tahun 2024.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Target capaian kinerja indikator Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas di tahun 2024 adalah sebesar 80% dari jumlah Puskesmas di wilayah perkotaan. Pada tahun 2024 terdapat 2.537 Puskesmas wilayah perkotaan yang telah berkolaborasi dengan FKTP lain sehingga diperoleh realisasi indikator sebesar 84,17%.

Indikator	2024	
	Target	Realisasi
Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	80%	84,17%

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

Adanya perubahan struktur dan organisasi tata kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai dengan Permenkes Nomor 5 Tahun 2022 menyebabkan terjadinya perubahan indikator pada unit teknis sejalan dengan terbitnya Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Salah satu indikator yang baru ditetapkan pada tahun 2022 adalah “Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas” sehingga pada indikator tersebut tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi dan capaian kinerja tahun 2022 dengan tahun sebelumnya.

Indikator	2020		2021		2022			2023			2024		
	Realisasi	Capaian	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian (%)	Target	Realisasi	Capaian (%)	Target	Realisasi	Capaian (%)
Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	-	-	-	-	20	20,1	100	60	60,2	100	80	84,17	105,2

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Kegiatan yang mendukung realisasi kinerja tahun 2024 telah terlaksana sesuai

rencana sehingga capaian target indikator menghasilkan output yang sesuai dengan target. Oleh karena itu capaian Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas telah tercapai dan memenuhi target jangka menengah.

Indikator	2022		2023		2024	
	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	20,1	20	60,2	60	84,17	80

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum ada data pembanding secara nasional terkait jumlah Puskesmas yang berkolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung program prioritas sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

11. Permasalahan

- Regulasi yang mendukung pelaksanaan kegiatan masih kurang tersosialisasi sehingga implementasi di lapangan belum optimal.
- Kurang komitmen daerah dalam pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan di FKTP
- Dukungan anggaran untuk implementasi integrasi pelayanan program prioritas antara Puskesmas dengan klinik pratama dan TPMD terbatas dan belum dimanfaatkan dengan optimal
- Sistem informasi yang digunakan untuk monitoring capaian target belum terintegrasi antar FKTP.

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Melakukan pembinaan secara berkala kepada Dinas Kesehatan (Provinsi dan Kab/Kota) terkait implementasi regulasi integrasi pelayanan program prioritas di Puskesmas dengan klinik pratama dan TPM
- Penjajakan pembiayaan melalui DAK Non Fisik dan DAU TA 2025
- Berkoordinasi dengan lintas program terkait sistem informasi pelaporan dan memperoleh update data capaian indikator

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Tercapainya target indikator Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas pada tahun 2024 disebabkan oleh faktor-faktor berikut:

- Perencanaan kegiatan yang baik
- Ketepatan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan
- Adanya kerjasama dengan lintas program dan lintas sektor terkait.
- Dukungan anggaran

14. Efisiensi Sumber Daya

Analisis efisiensi sumber daya tidak dapat dilakukan karena tidak ada alokasi anggaran yang diberikan untuk mendukung capaian indikator pada tahun 2025. Kebijakan ini menyesuaikan dengan adanya perubahan tugas pokok dan fungsi sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

15. Analisis program yang menunjang keberhasilan

Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian target tidak dilaksanakan pada tahun anggaran 2025. Hal ini mengacu pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang menetapkan adanya perubahan struktur serta tugas dan fungsi unit utama selaku pengampu indikator pada periode 2022-2024.

d. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar (Dit. Fasyankes)

Perubahan UUD 1945 Pasal 28 Bagian H ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian Pasal 34 ayat (3), bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 19 menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien dan terjangkau. Di dalam pedoman survey Akreditasi Rumah Sakit tercantum bahwa Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dari standar yang ditetapkan dan di inputkan pada Aplikasi Sarana, Prasarana Dan Alat Kesehatan (ASPAK).

1) Definisi Operasional

Persentase rumah sakit dan laboratorium kesehatan pemerintah yang sudah memiliki izin operasional yang memiliki SPA sesuai standar.

Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dari standar yang ditetapkan dan di inputkan pada Aplikasi Sarana, Prasarana Dan Alat Kesehatan (ASPAK).

Pedoman Survey Akreditasi Rumah Sakit

Rumah Sakit dan Laboratorium milik pemerintah yang dimaksud di dalam definisi operasional adalah Rumah Sakit yang dimiliki Daerah dan Laboratorium Kesehatan yang dimiliki oleh Pemerintah.

2) Cara Perhitungan

- Jumlah Rumah Sakit Milik Pemerintah yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK dibagi Jumlah total Rumah Sakit Milik Pemerintah dikali 100%
- Jumlah Laboratorium Milik Pemerintah yang memiliki SPA sesuai standar dibagi Jumlah Total Laboratorium Milik Pemerintah dikali 100%
- Persentase Rumah Sakit Milik Pemerintah yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK ditambah Persentase Laboratorium Milik Pemerintah yang memiliki SPA sesuai standar dibagi dua

3) Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

a. Target

Target tahun 2024 sebanyak 100% fasyankes rujukan milik pemerintah memiliki SPA sesuai standar.

b. Strategi Pelaksanaan

➤ Pelaksana Kegiatan

Penanggung jawab dari indikator ini adalah Tim Kerja Standarisasi Alat Kesehatan, Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Rujukan dan Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Lainnya.

➤ Metode Pelaksanaan

Pencapaian indikator fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar dengan cara mengolah data pemenuhan SPA RS dan Laboratorium di dalam ASPAK

➤ Jenis Kegiatan

Jenis Kegiatan untuk dapat mencapai target indikator fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar dilaksanakan melalui:

- **Monitoring dan Supervisi Pemenuhan Standar SPA dan Diinstruksikan Fokus Lokus RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi**

Monitoring dan Supervisi Pemenuhan Standar SPA dan diinstruksikan Fokus Lokus RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan, RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi dilaksanakan dengan kunjungan langsung ke RS dan menganalisis data ASPAK terutama digunakan untuk menganalisa data SPA RS untuk layanan unggulan Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro serta KIA sesuai dengan stratifikasi Madya, Utama maupun Paripurna, selain itu monitoring dan evaluasi juga dilaksanakan melalui analisis usulan dana DAK Fisik Bidang Kesehatan untuk RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi. Dasar analisis selain dari data ASPAK juga secara berkala melakukan pertemuan secara daring dan melakukan kontak rumah sakit bersangkutan untuk melakukan klarifikasi kebenaran dalam pengisiannya. Standar pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat RS sesuai dengan program layanan dan peraturan yang berlaku, mengacu standar SPA rumah sakit serta standar akreditasi baik nasional maupun internasional.

- **Pembinaan Teknis Pemenuhan Standar SPA di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah**

Melakukan advokasi ke Dinas Kesehatan agar Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) masing- masing dilengkapi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan sesuai standar dan mampu melakukan pemeriksaan dan skrining 9 penyakit prioritas. Dilakukan sosialisasi pedoman desain tipikal Laboratorium Kesehatan Daerah. Selain itu dilakukan juga sosialisasi pedoman desain tipikal Laboratorium Kesehatan Daerah dan Pedoman Prasarana dan Peralatan Laboratorium Biosafety Level 2 (BSL-2) dan Biosafety Level 3 (BSL-3) dan Pengelolaan Alat Kesehatan di Laboratorium Kesehatan.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

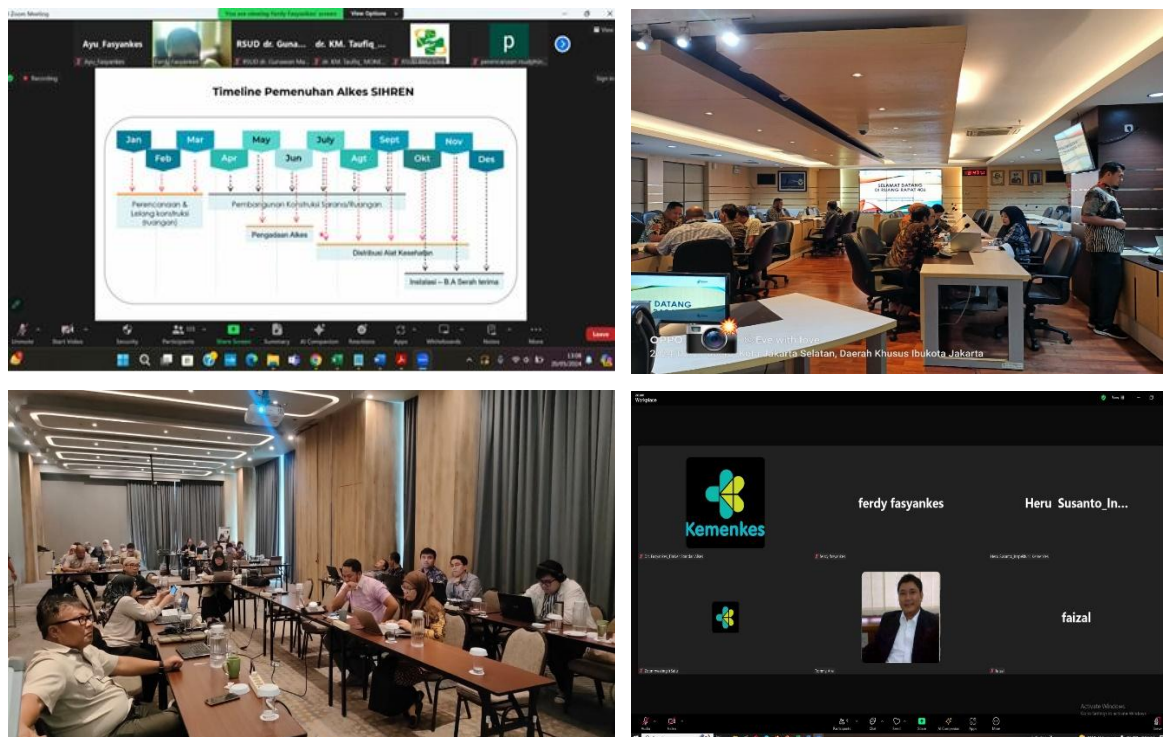
A. Pemenuhan SPA di Rumah Sakit Milik Pemerintah

- Melakukan pertemuan zoom meeting secara kontinu dan berkala untuk memantau capaian pemenuhan SPA di RS untuk melakukan pembahasan terkait capaian ketersediaan sarana, prasarana, alkes dalam ASPAK. Hal

teknis tentang pengisian data ASPAK, kendala yang dialami serta solusi yang bisa digunakan.

- Melaksanakan Monitoring dan Evaluasi secara langsung ke RSUD dengan menggunakan Instrumen money berupa form tarikan data ASPAK, dilakukan pengecekan bagian mana yang belum dilakukan update data dengan baik. Dibandingkan dengan inventaris yang dimiliki, serta dibandingkan juga dengan usulan kegiatan yang telah dilaksanakan melalui DAK.
- Melakukan advokasi ke RSUD dengan melaksanakan Sosialisasi NSPK Bidang Alat Kesehatan untuk mendorong implementasi NSPK bidang peralatan kesehatan, sehingga fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar.
- Melakukan verifikasi ketersediaan SPA di ASPAK untuk rumah sakit yang direncanakan mendapatkan pemenuhan alat kesehatan layanan KJSU KIA. (masukan foto kegiatan desk SIHREN serta foto kegiatan desk penyiapan sarpras SIHREN)
- Melakukan desk untuk verifikasi usulan pemenuhan SPA melalui DAK.

Monitoring Kesiapan RSUD dalam Pemenuhan Alat Kesehatan



Money RSUD



B. Pemenuhan SPA di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah

- **Melakukan Pemetaan Pemenuhan SPA Laboratorium Kesehatan serta Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan Labkesda Sesuai Standar**
Pemetaan pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Laboratorium di Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) milik Pemerintah yang pemenuhannya dilakukan dari berbagai sumber antara lain Dana Alokasi Khusus (DAK), Pinjaman dan Hibah Luar Negeri (PHLN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan Anggaran Badan Layanan

Umum Daerah (BLUD) serta sumber-sumber pembiayaan sesuai dengan peraturan yang berlaku agar terpenuhi secara merata dan tidak tumpang tindih pembiayaan bersama dengan lintas sektor.

Gambar Peta Jalan Pemenuhan Labkesda



Gambar Kegiatan Pemetaan Pemenuhan SPA Labkesda melalui ASPAK



- Bimbingan Teknis pemenuhan SPA serta pengisian ASPAK di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah

Kondisi dan permasalahan saat ini adalah Labkesda belum terintegrasi, sehingga belum terbangunnya jejaring laboratorium baik milik pemerintah maupun swasta, belum optimalnya surveilans penyakit dan faktor risiko kesehatan berbasis laboratorium, belum tersistemnya pembinaan sumber daya laboratorium baik SDM, kalibrasi alat dan quality assurance serta belum adanya sistem informasi labkes yang terintegrasi. Dari kondisi dan permasalahan tersebut maka penataan laboratorium kesehatan bertujuan untuk mewujudkan layanan laboratorium kesehatan yang bermutu, meningkatkan akses masyarakat dalam deteksi dini dan diagnostik penyakit, mendukung surveilans penyakit dan faktor risiko kesehatan berbasis

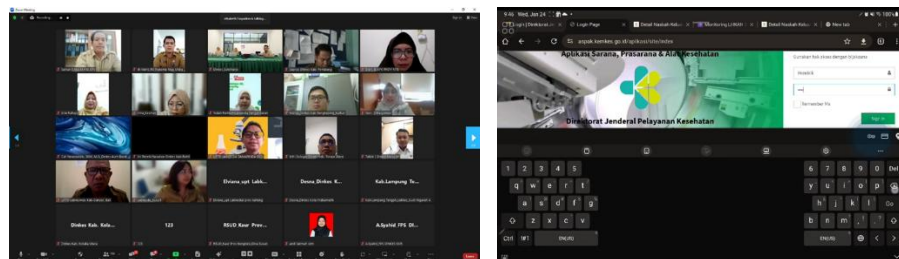
laboratorium untuk pemantauan wilayah setempat status kesehatan masyarakat serta membangun kesiapsiagaan laboratorium kesehatan dalam menghadapi ancaman penyakit dan kejadian luar biasa.

Gambar Kegiatan Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan Labkesda sesuai standar



Untuk itu dilakukan bimbingan teknis ke Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) agar seluruh Sarana Prasarana serta Alat Laboratorium di Labkesda sesuai dengan standar. Maka dilakukan Bimtek melalui mekanisme daring (online) serta luring (mengunjungi Labkesda) untuk diberikan pembinaan.

Gambar kegiatan pembinaan pengisian ASPAK di Laboratorium Kesehatan Milik Pemerintah

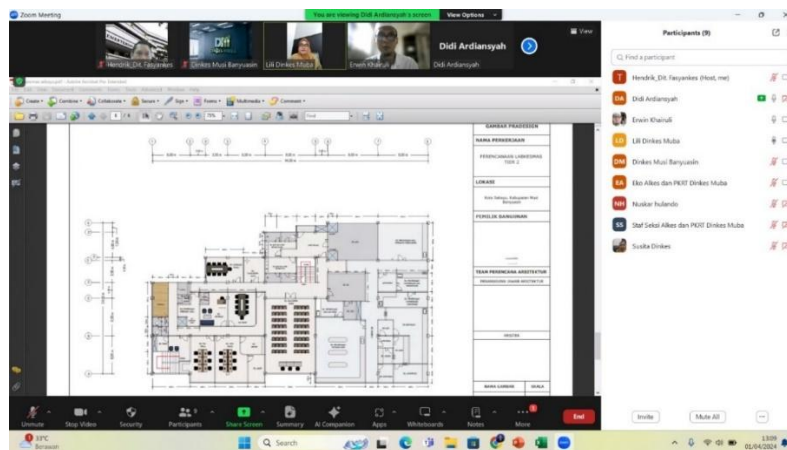


- Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan

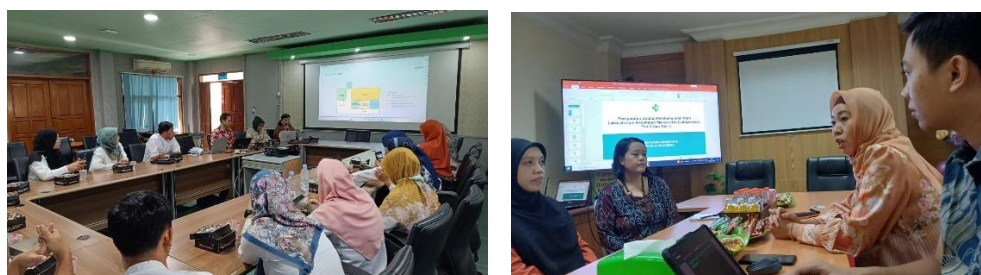
Strategi pengembangan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan perlu dilakukan untuk meningkatkan efektivitas dan mutu penggunaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan di Indonesia. Dalam pelaksanaan seluruh kegiatan di bidang fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk menunjang pencapaian indikator pembinaan fasyankes lainnya yaitu Persentase fasyankes rujukan yang melakukan pengujian dan kalibrasi sarana prasarana dan alat Kesehatan serta Fasyankes yang memiliki sarana prasarana alat sesuai standar pada tahun 2024.

Dalam rangka peningkatan mutu dan pelayanan laboratorium kesehatan kepada masyarakat dan akibat terjadinya pandemi Covid-19, maka pada alokasi DAK tahun 2024, terdapat menu renovasi pembangunan gedung laboratorium kesehatan. Dalam pembangunan renovasi laboratorium kesehatan untuk mendukung pemeriksaan covid19 dengan sarana prasarana BSL-2. Untuk mendukung terlaksana pembangunan renovasi gedung laboratorium kesehatan BSL-2 diperlukan pengawasan dan pengawalan pembangunan renovasi tersebut agar proses pembanguan berjalan sesuai Standar pedoman laboratorium yang telah di susun.

Gambar Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan melalui daring (online)



Gambar Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan melalui kunjungan lapangan



Gambar Laboratorium Kesehatan dengan bersumber Dana Alokasi Khusus (DAK) Laboratorium Kesehatan



5) Pencapaian Kinerja

97,12% Fasyankes Rujukan (Rumah Sakit dan Laboratorium Kesehatan milik pemerintah) telah memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar. Berdasarkan data ASPAK per Desember 2024 dari 747 Rumah Sakit milik pemerintah yang telah memiliki SPA diatas 60% sebanyak 704 Rumah Sakit dan untuk SPA Laboratorium Kesehatan dari 259 Laboratorium Kesehatan yang terdaftar di ASPAK terdapat 259 Laboratorium Kesehatan yang memiliki sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar.

No	Indikator Target	Target		Capaian		Realisasi	
		2023	2024	2023	2024	2023	2024
1	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	95%	100%	95%	97,12%	100%	97,12%

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Capaian 2024 sebesar 97,12% Fasyankes Rujukan milik pemerintah daerah telah memenuhi 60% kelengkapan sarana dengan kumulatif proporsi yaitu 50% untuk sarana, 20% untuk prasarana dan 30% untuk alat Kesehatan, dengan rincian sebagai berikut:

- Sebanyak 94,24% RS Milik Pemerintah Daerah yang telah memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar yaitu 704 RS milik pemerintah daerah dari Total 747 RS.
- Sebanyak 100% Laboratorium Kesehatan milik Pemerintah telah memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar yaitu 259 Laboratorium Kesehatan dari Total 259 Laboratorium Kesehatan.

Komponen yang menyebabkan capaian indikator persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar tidak tercapai adalah terdapat pada komponen SPA Rumah Sakit, dimana capaian presentase SPA Rumah Sakit hanya mencapai nilai 94,24%, nilai tersebut mengalami penurunan dibandingkan dengan data tahun 2024 yaitu 95,05%. Hal ini disebabkan karena:

- a) Pemenuhan Alat Kesehatan perlu waktu dalam pencapaiannya karena terkait dengan hal yang lain terutama terkait dengan anggarannya, disisi lain Sarana dan Prasarana lebih mudah dicapai pemenuhannya mengingat jenisnya tidak banyak. Pemenuhan alkes untuk RS milik pemerintah daerah ini masih diperlu dukungan berbagai pihak. Sebab sebagian besar RS pemerintah daerah masih mengandalkan anggaran DAK sebagai sumber Utama dalam pemenuhan alkesnya. Belum dapat dianggarkan penuh menggunakan APBD ataupun anggaran RS sendiri. Sedangkan untuk DAK saat ini sifatnya Tematik seperti untuk prioritas pada KJSU-KIA, tidak seperti DAK tahun-tahun sebelumnya yang berfokus pada pelayanan dasar seperti untuk layanan IGD, rawat inap, rawat jalan, ICU, OK, dsb.
- b) Bagi RS yang menjadi Lokus KJSU-KIA ini, maka pemenuhannya dapat dilakukan. Namun, bagi RS pemerintah daerah yang tidak masuk Lokus KJSU-KIA ini pemenuhannya menjadi terhambat. Disisi lain, RS juga menghadapi kondisi dimana alkes ini mengalami penurunan fungsi / rusak sehingga hal ini tentu saja menyumbang penurunan nilai capaian SPA di ASPAK.
- c) Data yang disampaikan dalam LAKIP ini merupakan tarikan data pada Desember 2024, namun proses update dan validasi masih dilakukan oleh pihak RS dan Dinas Kesehatan sehubungan dengan update data hasil pemenuhan SPA pada tahun 2024. SPA yang diadakan baik dari sumber DAK ataupun sumber anggaran lainnya ini oleh RS tidak segera diupload, hal ini juga kami perkirakan menyumbang peran penting dalam penurunan capaian SPA ASPAK. Tingkat kepatuhan dan keaktifan RS dalam pengisian ASPAK yang masih belum optimal mempengaruhi hasil tarikan data.
- d) Saat ini RS pemerintah daerah sedang melakukan updating data berkala, dengan melakukan kroscek ulang terutama terkait dengan ketersediaan

alkesnya. Temuan data RS antara lain mengentrykan alkes yang belum dimiliki sehingga harus dikeluarkan dari dalam ASPAK, kemudian ada penyesuaian ruang yang mengalami alih fungsi sehingga hal ini akan berpengaruh pada alkesnya. Selain itu, ada perbedaan pemahaman penamaan alkes ASPAK antara tim RS dengan nomenklatur alkes di ASPAK (misal : mesin anestesi dianggap sama dg mesin anestesi ventilator). Sehingga hal ini kemudian disisir kembali oleh RS bersangkutan untuk melihat kesesuaian antara alkes di ASPAK dengan alkes yang ada di lapangan. Updating data berkala ini bila mengurangi jenis alkes di suatu layanan, maka otomatis juga akan menyebabkan penurunan capaian SPA di ASPAK.

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

No	Indikator Target	Target 2024	Realisasi 2024	Capaian 2024
1	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	100%	97,12%	97,12%

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

No	Indikator Target	Target 2024	Realisasi			
			2024	2023	2022	2021
1	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	100%	97,12%	95%	96%	0%

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah

No	Indikator Target	Target 2024	Realisasi 2024
1	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	100%	97,12%

10) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

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

11) Permasalahan

- Porsi anggaran DAK untuk pemenuhan Alat Kesehatan terbatas
- Belum terealisasi pemenuhan alkes SIHREN sehubungan masih berproses di PBJ dimana Proses pengadaan di PBJ yang mengikuti mekanisme internasional membutuhkan waktu yang cukup lama.
- Ketersediaan SDM menjadi kendala untuk prioritas pemenuhan Alat Kesehatan
- Tingkat kepatuhan dan keaktifan RS dalam pengisian ASPAK masih belum optimal, terutama dalam melakukan updating data.
- Isian data ASPAK menjadi syarat dalam pengusulan anggaran DAK, sehingga kelengkapan RS yang masih di bawah 60% perlu dilakukan evaluasi lebih mendalam untuk memastikan kebenaran datanya.
- Perubahan kelas RS (naik kelas) bila tidak segera dilakukan updating data SPA-nya, maka akan mengakibatkan penurunan nilai kumulasi SPA. Selain itu penurunan nilai kumulasi SPA dapat diakibatkan juga karena perubahan kondisi SPA dari baik menjadi rusak.
- petugas ASPAK laboratorium Kesehatan pemerintah belum melakukan pengisian ASPAK secara baik dan benar.

12) Pemecahan Masalah

- Perlu dilaksanakan advokasi dan sosialisasi yang terus menerus pada pimpinan Dinas Kesehatan Daerah dalam setiap pertemuan dan kunjungan tentang pentingnya pengisian data ASPAK
- Pelaksanaan Bimbingan Teknis dan Monitoring Evaluasi ASPAK secara berkala untuk setiap wilayah di Indonesia secara daring dan melaporkan capaian pemenuhan SPA setiap Provinsi, serta untuk mengecek kebenaran dari RS yang nilai pemenuhan SPA masih di bawah 60%;
- Membuka ruang konsultasi baik menggunakan Whatsapp ataupun secara daring;
- Beberapa kegiatan yang telah dimasukkan ke dalam Tahun Anggaran 2024 untuk menunjang perhitungan pemenuhan indikator komponen Laboratorium

yaitu dengan melakukan Penyusunan Modul Dashboard ASPAK, Sosialisasi dan Advokasi serta Monitoring dan Evaluasi terhadap Laboratorium Kesehatan.

- Dalam setiap kegiatan terkait Laboratorium Kesehatan memasukkan materi terkait ASPAK
- Dalam setiap kegiatan terkait Laboratorium Kesehatan memasukkan materi terkait ASPAK.

13) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

Beberapa faktor yang mempengaruhi dalam pencapaian indikator yang mencapai target yaitu:

- a. Adanya dukungan dari kementerian dan lembaga terkait lainnya, berupa pendampingan teknis
- b. Advokasi dan sosialisasi yang terus menerus pada pimpinan dinas kesehatan daerah dalam setiap pertemuan dan kunjungan tentang pentingnya pengisian data ASPAK, pelaksanaannya berupa pemantauan data ASPAK dan memberikan laporan data ASPAK terutama untuk daerah yang nilai kumulasi SPAny masih di bawah 60%
- c. Adanya keterikatan pengisian data ASPAK dengan pengusulan anggaran
- d. Adanya pengaruh bertambahnya jumlah RS baru, RS yang berubah kelasnya (naik kelas) serta update data kondisi SPA RS;
- e. Adanya bimbingan dan komunikasi secara langsung maupun jarak jauh terhadap pemenuhan SP
- f. Keaktifan RS dalam pengisian dan updating data ASPAK secara kontinu dan berkala

14) Analisis Efisiensi Sumber Daya

Dari total pagu yang dialokasikan untuk melakukan pencapaian indikator Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar sebesar Rp. 5.233.451.528.000,- dapat dilakukan realisasi sebesar Rp. 4.025.713.565.126,- atau sebesar 77% dari total pagu.

Berdasarkan prosentase capaian indikator dan Realisasi Anggaran untuk perhitungan efisiensi pada indikator ini sebesar 20,20%. Dimana presentase kinerja indikator sebesar 100% dan presentase kinerja anggaran sebesar 77%. Untuk presentase

kinerja indikator tersebut merupakan kumulatif capaian indikator dari tahun anggaran 2022, sehingga menyebabkan nilai efisiensi anggaran menjadi tinggi.

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Kinerja ISS	Alokasi Anggaran	Realisasi Anggaran	% Kinerja Anggaran	Efisiensi
1	Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan Pelayanan Kesehatan Rujukan	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	97%	Rp. 5.233.451.528.000,-	Rp. 4.025.713.565.126,-	77%	20,20%

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

Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:

- Membandingkan isian ASPAK dengan usulan kegiatan melalui DAK. Dampaknya terhadap indikator adalah dengan membandingkan data isian ASPAK dengan usulan kegiatan maka focus pemenuhan SPA adalah pada apa yang belum tersedia, jika SPA tersebut masih tersedia dan jumlahnya sudah sesuai standar maka usulan tidak dapat disetujui.
- Memodifikasi kegiatan untuk dilakukan secara daring seperti kegiatan Monitoring Capaian Pemenuhan SPA untuk RS milik Pemerintah Daerah maupun RSUP Vertikal
- Memodifikasi pelayanan dengan mengoptimalkan pertemuan secara virtual, WA Group, Konsultasi/temu langsung ke Direktorat Fasyankes.
- Membuat media pembelajaran berupa video klip tatacara input, update dan validasi serta pemanfaatan data ASPAK untuk proses perencanaan.
- Dalam rangka pelaksanaan ketercapaian inputan data ASPAK Labkesda yang masih rendah, pada tahun 2024 telah dilakukan berbagai upaya antara lain mengadvokasi dan mensosialisasikan Aplikasi ASPAK, namun karena perhatian pemerintah daerah terhadap Labkesda masih kurang, sehingga hal tersebut masih kurang optimal.
- Untuk dapat mencapai inputan data dalam Aplikasi ASPAK telah dilakukan koordinasi dengan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan agar memasukkan

Aplikasi ASPAK sebagai syarat dalam pelaksanaan Akreditasi Laboratorium Kesehatan.

- Dengan masuknya ASPAK sebagai syarat tersebut, diharapkan dapat berdampak positif terhadap peningkatan ketercapaian inputan ASPAK Labkes ditambah dengan kegiatan-kegiatan advokasi yang terus mendorong pemerintah daerah khususnya Labkesda agar konsisten mengisi dan mengupdate ASPAK
- Desk verifikasi usulan pemenuhan SPA melalui mekanisme usulan desk DAK maupun SIHREN.

Kegiatan yang belum dilaksanakan dalam pencapaian indikator:

Membandingkan dengan pemenuhan melalui pendanaan lain seperti APBD, hibah dll. Dampak terhadap indikator adalah dalam proses pemenuhan SPA sesuai standar, daerah sangat bergantung terhadap dana DAK, maka perlu dilakukan solusi agar dari pihak pemerintah daerah dapat juga melakukan pemenuhan SPA sesuai standar menggunakan instrument pendanaan lainnya.

e. Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas (Dit. PKR)

1) Definisi Operasional

Persentase rumah sakit penyelenggara salah satu dari 9 layanan prioritas yang melaporkan audit medis

2) Cara Perhitungan

Jumlah rumah sakit penyelenggara salah satu dari 9 layanan prioritas yang melaporkan audit medik dibagi total jumlah rumah sakit penyelenggara salah satu dari 9 layanan prioritas dikali 100

3) Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

- Pertemuan Koordinasi Program Audit Medis/Klinis 9 Layanan Prioritas di Rumah Sakit
Pertemuan koordinasi diperlukan untuk mengkoordinasikan program audit klinis di rumah sakit yang perlu diperkuat dan dikembangkan serta meningkatkan pemahaman mengenai regulasi dan pedoman yang terkait audit klinis rumah sakit.
- Penguatan Teknis Audit Medis/Klinis 9 Layanan Prioritas
Setelah dilakukan rapat koordinasi, maka dilakukan Kegiatan penguatan teknis audit medis/klinis 9 layanan prioritas yang bertujuan untuk melakukan diseminasi Kepdirjen serta menyamakan persepsi dan pemahaman terkait audit medis/klinis.
- Pembahasan Hasil Audit Medis

Pertemuan ini bertujuan untuk melaporkan hasil audit medis/klinis yang sudah dilakukan oleh RS yang diampu. Pembahasan Hasil Audit Medis dilaksanakan peserta yang terdiri dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Organisasi profesi, pakar audit, RS Pengampu, lintas sektor dan program di Kementerian Kesehatan serta rumah sakit.

- **Pembinaan Teknis Audit Klinis di Rumah Sakit**
Untuk pembinaan terhadap rumah sakit dalam implementasi audit klinis di Rumah Sakit sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Klinis di Rumah Sakit.
- **Monitoring evaluasi**
Tujuan monitoring dan evaluasi adalah untuk melakukan pendampingan pada RS yang diampu dan belum melakukan pelaporan audit medis/klinis.

4) Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- **Pertemuan Koordinasi Program Audit Klinis di Rumah Sakit**
Pertemuan koordinasi diperlukan untuk mengkoordinasikan program audit klinis di rumah sakit yang perlu diperkuat dan dikembangkan serta meningkatkan pemahaman mengenai regulasi dan pedoman yang terkait audit klinis rumah sakit.
- **Sosialisasi Juknis Audit medik/klinis di RS Vertikal dan RS yang diampu**

5) Pencapaian Kinerja

Audit medis/klinis dalam sasaran program adalah persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas. Adapun target IKP Tahun 2024 adalah 100%. Hasil pencapaian IKP tahun 2024 sebanyak 100 %.

6) Analisa Capaian Kinerja

Hasil capaian kinerja sebesar 100 % dari target 100% dengan catatan berikut

- Numerator nya adalah 345 RS
- Denominator (345 RS)

1) RS diampu = 314 RS sesuai KMK Pengampuan dengan rincian berikut

RS strata utama = 34 RS

RS strata madya = 280 RS

2) RS Vertikal = 31 RS

Tabel Daftar RS yang Melaporkan Audit Medis

No	Nama	Tipe RS
1	RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta	RS Vertikal
2	RSUP Dr. Kariadi Semarang	RS Vertikal
3	RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	RS Vertikal
4	RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	RS Vertikal
5	RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado	RS Vertikal
6	RSUP Dr. M. Djamil Padang	RS Vertikal
7	RSUP Prof. Dr. I. G. N. G Ngoerah Denpasar	RS Vertikal
8	RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang	RS Vertikal
9	RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	RS Vertikal
10	RSUP Persahabatan Jakarta	RS Vertikal
11	RSUP Fatmawati Jakarta	RS Vertikal
12	RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	RS Vertikal
13	RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar	RS Vertikal
14	RSUP H. Adam Malik Medan	RS Vertikal
15	RSUP Dr. Sitanala Tangerang	RS Vertikal
16	RSUP Dr. Rivai Abdullah Banyuasin	RS Vertikal
17	RSUP Surakarta	RS Vertikal
18	RSUP Ratatotok Buyat	RS Vertikal
19	RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon	RS Vertikal
20	RSUP Kupang	RS Vertikal
21	RS Kanker Dharmais Jakarta	RS Vertikal
22	RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta	RS Vertikal
23	RS Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta	RS Vertikal
24	RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	RS Vertikal
25	RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta	RS Vertikal
26	RS Paru dr. Ario Wirawan Salatiga	RS Vertikal
27	RS Paru Dr. H. A. Rotinsulu Bandung	RS Vertikal
28	RS Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor	RS Vertikal
29	RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi	RS Vertikal
30	RS Ketergantungan Obat Jakarta	RS Vertikal
31	RS Mata Makassar	RS Vertikal
32	RS Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar	RS Diampu
33	RS Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta	RS Diampu

34	RS Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir	RS Diampu
35	RS Umum Daerah Dr. (HC) Ir. Soekarno	RS Diampu
36	RS Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie	RS Diampu
37	RS Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuk Linggau	RS Diampu
38	RS Umum Daerah Hajjah Andi Depu	RS Diampu
39	RS Umum Daerah Parapat	RS Diampu
40	RS Umum Daerah Arga Makmur	RS Diampu
41	RS Umum Daerah Pandan	RS Diampu
42	RS Umum Daerah Sungai Dareh	RS Diampu
43	RS Umum Daerah Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo	RS Diampu
44	RS Umum Daerah Otanaha	RS Diampu
45	RS Umum Merauke	RS Diampu
46	RS Umum Mokopido Toli-Toli	RS Diampu
47	RS Umum Daerah H. Sahudin Kutacane	RS Diampu
48	RS Umum Daerah Kab.Bekasi	RS Diampu
49	RS Umum Daerah Tani dan Nelayan	RS Diampu
50	RS Umum Daerah Langsa	RS Diampu
51	RS Umum Daerah Kota Bau Bau	RS Diampu
52	RS Umum Daerah Sunan Kalijaga	RS Diampu
53	RS Umum Daerah dr. Soedirman Kabupaten Kebumen	RS Diampu
54	RS Umum Daerah Depati Hamzah	RS Diampu
55	RS Umum Daerah Drs. H. Amri Tambunan	RS Diampu
56	RS Umum Daerah Dr. Abdul Aziz Singkawang	RS Diampu
57	RS Umum Daerah Kota Yogyakarta	RS Diampu
58	RS Umum Daerah H. Boejasin Pelaihari	RS Diampu
59	RS Umum Daerah Manembo-Nembo Bitung	RS Diampu
60	RS Umum Daerah Manokwari	RS Diampu
61	RS Umum Daerah Puruk Cahu	RS Diampu
62	RS Umum Daerah Padang Pariaman	RS Diampu
63	RS Umum Daerah Ogan Komering Ulu Timur	RS Diampu
64	RS Umum Daerah Raden Mattaher Jambi	RS Diampu
65	RS Umum Daerah Kudungga	RS Diampu
66	RS Umum Daerah Dr. Kanujoso Djatiwibowo	RS Diampu
67	RS Umum Daerah Cibinong	RS Diampu
68	RS Umum Daerah Sultan Suriansyah Banjarmasin	RS Diampu

69	RS Umum Daerah Nganjuk	RS Diampu
70	RS Umum Daerah RAA Soewondo	RS Diampu
71	RS Umum Daerah Kabupaten Kediri	RS Diampu
72	RS Umum Daerah Dr H Abdul Moeloek	RS Diampu
73	RS Umum Daerah Ir. Soekarno Kab. Pulau Morotai	RS Diampu
74	RS Umum Daerah Kuala Pembuang	RS Diampu
75	RS Umum Daerah Sibuhuan	RS Diampu
76	RS Umum Daerah Prof Dr. H. Aloe Saboe	RS Diampu
77	RS Umum Daerah Kayuagung	RS Diampu
78	RS Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali	RS Diampu
79	RS Umum Daerah dr. Gunawan Mangunkusumo	RS Diampu
80	RS Umum Daerah Dr. Soegiri Lamongan	RS Diampu
81	RS Umum Daerah dr. Loekmono Hadi	RS Diampu
82	RS Umum Daerah Muhammad Sani Kabupaten Karimun	RS Diampu
83	RS Umum Daerah Lamaddukkelleng Kabupaten Wajo	RS Diampu
84	RS Umum Daerah Sanjiwani Gianyar	RS Diampu
85	RS Umum Daerah H.A. Sulthan Daeng Radja	RS Diampu
86	RS Umum Anutapura Palu	RS Diampu
87	RS Umum Daerah R. A. Kartini	RS Diampu
88	RS Umum Daerah Tanjung Pura	RS Diampu
89	RS Umum Daerah Ulin Banjarmasin	RS Diampu
90	RS Umum Daerah Bula	RS Diampu
91	RS Umum Daerah Sultan Imanuddin	RS Diampu
92	RS Umum Daerah Rantau Prapat	RS Diampu
93	RS Umum Daerah Raja Ampat	RS Diampu
94	RS Umum Daerah Kabupaten Mamuju	RS Diampu
95	RS Umum Daerah Kabupaten Karo	RS Diampu
96	RS Umum Daerah Prof Dr. Margono Soekarjo	RS Diampu
97	RS Umum Daerah Waingapu	RS Diampu
98	RS Umum Daerah Kota Pinang	RS Diampu
99	RS Umum Daerah Wangaya	RS Diampu
100	RS Umum Daerah H. Abdul Manan Simatupang	RS Diampu
101	RS Umum Daerah May Jen HM Ryacudu	RS Diampu
102	RS Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata	RS Diampu
103	RS Umum Daerah Kota Cilegon	RS Diampu

104	RS Umum Daerah Zainal Abidin Pagar Alam	RS Diampu
105	RS Umum Daerah dr. M. Thomsen Nias	RS Diampu
106	RS Umum Daerah H. Badaruddin Kasim	RS Diampu
107	RS Umum Haji Medan	RS Diampu
108	RS Umum Daerah Undata Palu	RS Diampu
109	RS Umum Daerah Aek Kanopan	RS Diampu
110	RS Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung	RS Diampu
111	RS Umum Daerah Kabupaten Tangerang	RS Diampu
112	RS Umum Daerah Tabanan	RS Diampu
113	RS Umum Daerah Labuha	RS Diampu
114	RS Umum Daerah Budhi Asih	RS Diampu
115	RS Umum Daerah Blambangan	RS Diampu
116	RS Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit	RS Diampu
117	RS Umum Daerah Gunung Tua	RS Diampu
118	RS Umum Daerah Pasaman Barat	RS Diampu
119	RS Umum Daerah Sekayu	RS Diampu
120	RS Umum Daerah Madani Palu	RS Diampu
121	RS Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur	RS Diampu
122	RS Umum Daerah Wates	RS Diampu
123	RS Umum Daerah Batu Bara	RS Diampu
124	RS Umum Daerah Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan	RS Diampu
125	RS Umum Daerah Bangil	RS Diampu
126	RS Umum Daerah dr. H. Andi Abdurrahman Noor	RS Diampu
127	RS Umum Daerah dr. Drajat Prawiranegara	RS Diampu
128	RS Umum Dr. M. Haulussy Ambon	RS Diampu
129	RS Umum Daerah dr. Hendrikus Fernandez Larantuka	RS Diampu
130	RS Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal	RS Diampu
131	RS Umum Daerah Demang Sepulau Raya	RS Diampu
132	RS Umum Daerah Dr. Soebandi Jember	RS Diampu
133	RS Umum Daerah Cilacap	RS Diampu
134	RS Umum Daerah Inche Abdoel Moeis	RS Diampu
135	RS Daerah Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang	RS Diampu
136	RS Umum Daerah Pandan Arang Boyolali	RS Diampu
137	RS Umum Daerah Dr. R. M. Djoelham Binjai	RS Diampu
138	RS Umum Daerah Lubuk Basung	RS Diampu

139	RS Umum Daerah Tobelo	RS Diampu
140	RS Umum Daerah Brigjed H. Hasan Basry Kandungan	RS Diampu
141	RS Umum Daerah Dr. H. Bob Bazar, SKM	RS Diampu
142	RS Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiardjo	RS Diampu
143	RS Umum Daerah Cengkareng	RS Diampu
144	RS Umum Daerah Bagas Waras	RS Diampu
145	RS Umum Daerah Pasar Rebo	RS Diampu
146	RS Umum Daerah Tuanku Imam Bonjol	RS Diampu
147	RS Umum Daerah Dr. Ibnu Sutowo Baturaja	RS Diampu
148	RS Umum Daerah R. T. Notopuro Sidoarjo	RS Diampu
149	RS Umum Daerah Banten	RS Diampu
150	RS Umum Daerah Sultan Sulaiman Syariful Alamsyah	RS Diampu
151	RS Umum Daerah Tarutung	RS Diampu
152	RS Dr. Hasri Ainun Habibie Parepare	RS Diampu
153	RS Umum Daerah Palembang Bari	RS Diampu
154	RS Umum Daerah Dr. R. Koesma Tuban	RS Diampu
155	RS Umum Daerah Puri Husada Tembilahan	RS Diampu
156	RS Umum Daerah Yowari Sentani	RS Diampu
157	RS Umum Daerah Kota Dumai	RS Diampu
158	RS Umum Daerah Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas	RS Diampu
159	RS Umum Jayapura	RS Diampu
160	RS Umum Daerah Mohammad Natsir	RS Diampu
161	RS Umum Daerah Dr. Soedono Madiun	RS Diampu
162	RS Umum Daerah Bandung Kiwari	RS Diampu
163	RS Umum Daerah Bangkinang	RS Diampu
164	RS Umum Daerah Hasanuddin Damrah Manna	RS Diampu
165	RS Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin	RS Diampu
166	RS Umum Daerah Ratu Zalecha	RS Diampu
167	RS Umum Daerah dr. H. M. Rabain Muara Enim	RS Diampu
168	RS Umum Daerah Anuntaloko Parigi	RS Diampu
169	RS Umum Daerah Kota Mataram	RS Diampu
170	RS Umum Daerah Kabupaten Kolaka Timur	RS Diampu
171	RS Umum Daerah Kab. Indramayu	RS Diampu
172	RS Umum Daerah Malingping	RS Diampu
173	RS Umum Daerah Paniai	RS Diampu

174	RS Umum Daerah dr. Achmad Darwis	RS Diampu
175	RS Umum Daerah Dr. Rubini Mempawah	RS Diampu
176	RS Umum Daerah R. Syamsudin, SH	RS Diampu
177	RS Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin	RS Diampu
178	RS Umum Daerah Khidmat Sehat Afiat Kota Depok	RS Diampu
179	RS Umum Daerah Brebes	RS Diampu
180	RS Umum Daerah H. Abdul Manap	RS Diampu
181	RS Umum Daerah Daya Kota Makassar	RS Diampu
182	RS Umum Daerah Tenriawaru Bone	RS Diampu
183	RS Umum Daerah Kab. Buleleng	RS Diampu
184	RS Umum Daerah ODSK	RS Diampu
185	RS Umum Daerah dr. Soeselo Slawi Kabupaten Tegal	RS Diampu
186	RS Umum Daerah Kolonel Abundjani/Bangko	RS Diampu
187	RS Umum Daerah Gunung Jati	RS Diampu
188	RS Umum Daerah dr. M. Mohammad Dunda	RS Diampu
189	RS Umum Daerah Jampang Kulon	RS Diampu
190	RS Umum Daerah Majalaya	RS Diampu
191	RS Umum Daerah Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate	RS Diampu
192	RS Umum Daerah Prof. Dr. Soekandar	RS Diampu
193	RS Umum Daerah Kota Prabumulih	RS Diampu
194	RS Umum Daerah Menggala Tulang Bawang	RS Diampu
195	RS Umum Daerah Banyuasin	RS Diampu
196	RS Umum Daerah Batin Mangunang	RS Diampu
197	RS Umum Daerah I Lagaligo	RS Diampu
198	RS Umum Daerah Tarakan	RS Diampu
199	RS Umum Daerah Dr. Saiful Anwar	RS Diampu
200	RS Umum Daerah Panembahan Senopati	RS Diampu
201	RS Umum Daerah Karawang	RS Diampu
202	RS Umum Daerah Panyabungan	RS Diampu
203	RS Umum Daerah Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogi	RS Diampu
204	RS Umum Daerah Sanana	RS Diampu
205	RS Umum Daerah Sumedang	RS Diampu
206	RS Umum Daerah Panglima Sebaya	RS Diampu
207	RS Umum Daerah dr.H. Jusuf SK	RS Diampu
208	RS Umum Daerah Depati Bahrin	RS Diampu

209	RS Umum Daerah Lahat	RS Diampu
210	RS Daerah KRMT Wongsonegoro	RS Diampu
211	RS Umum Daerah Ibnu Sina Kab. Gresik	RS Diampu
212	RS Umum Daerah Wonosari	RS Diampu
213	RS Umum Daerah Sukadana	RS Diampu
214	RS Umum Daerah Arifin Achmad	RS Diampu
215	RS Umum Daerah Natuna	RS Diampu
216	RS Umum Daerah Kab. Jombang	RS Diampu
217	RS Umum Daerah Kabupaten Bombana	RS Diampu
218	RS H. L. Manambai Abdulkadir	RS Diampu
219	RS Umum Daerah Kanjuruhan Kepanjen Kab. Malang	RS Diampu
220	RS Umum Daerah Maria Walanda Maramis	RS Diampu
221	RS Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo	RS Diampu
222	RS Umum Daerah Komodo	RS Diampu
223	RS Umum Daerah Singaparna Medika Citrautama	RS Diampu
224	RS Umum Datoe Binangkang	RS Diampu
225	RS Umum Noongan	RS Diampu
226	RS Umum Daerah Al Ihsan Provinsi Jawa Barat	RS Diampu
227	RS Umum Daerah Kota Kotamobagu	RS Diampu
228	RS Umum Piru	RS Diampu
229	RS Umum Daerah Ruteng	RS Diampu
230	RS Umum Daerah Prof. Dr. M.A. Hanafiah	RS Diampu
231	RS Umum Daerah Amurang	RS Diampu
232	RS Umum Daerah dr. Zubir Mahmud	RS Diampu
233	RS Jantung dan Pembuluh Darah Oputa Yi Koo Sulawesi Tenggara	RS Diampu
234	RS Umum Masohi	RS Diampu
235	RS Umum Daerah Poso	RS Diampu
236	RS Umum Daerah Tidar	RS Diampu
237	RS Umum Waikabubak	RS Diampu
238	RS Umum Daerah Waluyo Jati Kraksaan	RS Diampu
239	RS Umum Daerah Provinsi Papua Barat	RS Diampu
240	RS Umum Daerah Konawe Selatan	RS Diampu
241	RS Umum Daerah Mukomuko	RS Diampu
242	RS Umum Daerah Konawe	RS Diampu

243	RS Umum Daerah Dr. RM. Pratomo Bagansiapiapi	RS Diampu
244	RS Umum Daerah Bengkalis	RS Diampu
245	RS Umum Daerah Raja Ahmad Tabib	RS Diampu
246	RS Umum Daerah Indrasari Rengat	RS Diampu
247	RS Umum Daerah Koja	RS Diampu
248	RS Umum Daerah dr. L.M Baharuddin, M. Kes Kab. Muna	RS Diampu
249	RS Umum Daerah Sawerigading	RS Diampu
250	RS Umum Daerah Drs. H. Abu Hanifah	RS Diampu
251	RS Umum Daerah Morowali	RS Diampu
252	RS Daerah Liun Kendage	RS Diampu
253	RS Umum Daerah dr. Rasidin Padang	RS Diampu
254	RS Umum Bajawa	RS Diampu
255	RS Daerah Kalabahi	RS Diampu
256	RS Umum Daerah Tiom	RS Diampu
257	RS Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Sela	RS Diampu
258	RS Umum Daerah Syehk Yusuf Gowa	RS Diampu
259	RS Umum Batara Siang	RS Diampu
260	RS Umum Daerah Dr. M. Yunus Bengkulu	RS Diampu
261	RS Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu	RS Diampu
262	RS Umum Daerah Berkah Pandeglang	RS Diampu
263	RS Umum Soe	RS Diampu
264	RS Umum Daerah Kabupaten Rejang Lebong	RS Diampu
265	RS Umum Daerah Fakfak	RS Diampu
266	RS Daerah Mangusada	RS Diampu
267	RS Umum Daerah Jailolo	RS Diampu
268	RS Umum Daerah KH. Daud Arif	RS Diampu
269	RS Umum Daerah dr. Soekardjo	RS Diampu
270	RS Umum Daerah dr. La Palaloi	RS Diampu
271	RS Umum Daerah Embung Fatimah Kota Batam	RS Diampu
272	RS Umum Daerah Dr. H. Yulidin Away	RS Diampu
273	RS Umum Daerah dr. Chasbullah Abdulmadjid	RS Diampu
274	RS umum Daerah Banyumas	RS Diampu
275	RS Umum Daerah Provinsi NTB	RS Diampu
276	RS Umum Daerah Pangeran Jaya Sumitra	RS Diampu
277	RS Umum Daerah Andi Makkasau Parepare	RS Diampu

278	RS Umum Daerah Jaraga Sasameh	RS Diampu
279	RS Umum Daerah Dr Murjani Sampit	RS Diampu
280	RS Umum Daerah Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya	RS Diampu
281	RS Umum Daerah Lanto Daeng Pasewang	RS Diampu
282	RS Umum Karel Sadsuitubun	RS Diampu
283	RS Umum Daerah Kabupaten Bintan	RS Diampu
284	RS Umum Daerah Sayang	RS Diampu
285	RS Umum Daerah Kabupaten Malinau	RS Diampu
286	RS Umum Daerah Meuraxa	RS Diampu
287	RS Umum Abepura	RS Diampu
288	RS Umum Daerah Dr. Tjitrowardojo Purworejo	RS Diampu
289	RS Umum Daerah Patut Patuh Patju	RS Diampu
290	RS Umum Prof. Dr. WZ Johaness	RS Diampu
291	RS Umum Daerah Dr. Pirngadi	RS Diampu
292	RS Umum Cut Meutia Kab. Aceh Utara	RS Diampu
293	RS Umum Daerah Cut Nyak Dhien	RS Diampu
294	RS Umum Daerah Ngudi Waluyo Wlingi	RS Diampu
295	RS Umum Daerah Kab. Buru	RS Diampu
296	RS Umum Daerah TGK Chik Ditiro Sigli	RS Diampu
297	RS Umum Daerah Pandega Pangandaran	RS Diampu
298	RS Umum Daerah dr. H. Marsidi Judono	RS Diampu
299	RS Umum Daerah MGR Gabriel Manek	RS Diampu
300	RS Bahteramas Provinsi Sultra	RS Diampu
301	RS Umum Daerah Provinsi Sulawesi Barat	RS Diampu
302	RS Umum Daerah Batara Guru	RS Diampu
303	RS Umum Daerah Kabupaten Mimika	RS Diampu
304	RS Umum Daerah Kaimana	RS Diampu
305	RS Umum Daerah Tora Belo	RS Diampu
306	RS Umum Daerah dr. Slamet Garut	RS Diampu
307	RS Umum Daerah Pasangkayu	RS Diampu
308	RS Umum Daerah Kota Kendari	RS Diampu
309	RS Umum Daerah Labuang Baji	RS Diampu
310	RS Umum Daerah Dekai	RS Diampu
311	RS Umum Daerah Tanjung Selor	RS Diampu
312	RS Umum Daerah Datu Beru Takengon	RS Diampu

313	RS Umum Dr TC Hillers Maumere	RS Diampu
314	RS Benyamin Guluh Kolaka	RS Diampu
315	RS Umum Daerah Pasar Minggu	RS Diampu
316	RS Umum Daerah Harapan dan Doa	RS Diampu
317	RS Umum Daerah Perpetua J. Safanpo	RS Diampu
318	RS Umum Daerah Dr. H. Soemarno Sosroaatmojo	RS Diampu
319	RS Umum Daerah M. Th. Djaman Sanggau	RS Diampu
320	RS Umum Daerah H. Hanafie	RS Diampu
321	RS Umum Daerah Kota Bima	RS Diampu
322	RS Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang	RS Diampu
323	RS Umum Daerah Dr. Fauziah Bireun	RS Diampu
324	RS Umum Daerah Dr. R. Soedjono Selong	RS Diampu
325	RS Umum Daerah Mas Amsyar Kasongan	RS Diampu
326	RS Umum Daerah Kabupaten Banggai	RS Diampu
327	RS Umum Biak	RS Diampu
328	RS Umum Praya	RS Diampu
329	RS Umum Daerah Banjar	RS Diampu
330	RS Umum Daerah TGK. Abdullah Syafii Beureuneun	RS Diampu
331	RS Umum Daerah Sukamara	RS Diampu
332	RS Umum Daerah Batara Guru	RS Diampu
333	RS Umum Daerah Dr. Rubini Mempawah	RS Diampu
334	RS Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata	RS Diampu
335	RS Umum Daerah Sanjiwani Gianyar	RS Diampu
336	RS Umum Daerah Lakipadada	RS Diampu
337	RS Umum Daerah Trikora Salakan	RS Diampu
338	RS Umum Daerah Sekarwangi	RS Diampu
339	RS Umum Daerah Cideres	RS Diampu
340	RS Umum Daerah Sejiran Setason	RS Diampu
341	RS Umum Daerah Waled	RS Diampu
342	RS Umum Daerah 45 Kuningan	RS Diampu
343	RS Umum Daerah Subang	RS Diampu
344	RS Umum Daerah Kota Bogor	RS Diampu
345	RS Umum Daerah Mulia	RS Diampu

Target sudah tercapai (persentase realisasi ketercapaiannya 100%)

7) Permasalahan

Tidak ada

8) Upaya Pemecahan Masalah

Sosialisasi dan mendorong RS Pengampu dan RS diampu untuk melaporkan audit medis

9) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar 9,83 % dengan rincian perhitungan sebagai berikut:

Rumus Efisiensi Sumber Daya

$$\frac{3 \times (5/4) - 6 \times 100}{3}$$

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas	Rp 2.406.737.000,-	100 %	100 %	Rp 2.170.182.154,-

10) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program					
Indikator Kinerja			Realisasi Kinerja		
			Target	Realisasi	% Realisasi
	Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas		100 %	100 %	100 %

Untuk indikator kinerja ini , target capaian indikator tahun 2024 sebesar 100% dengan realisasi kinerja sebanyak 100%. Realisasi tersebut sudah tercapai sesuai dengan target tahun 2024.

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

Realisasi 2021	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Realisasi 2024
N/A	6,47%	47,2 %	100 %

Terdapat kenaikan signifikan capaian tahun 2024 dibandingkan dengan realisasi tahun 2023.

12) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Target 2024	Realisasi 2024	Realisasi 2023	Realisasi 2022
100%	100%	47,2 %	6,47%

Realisasi kinerja tahun 2024 sudah mencapai target jangka menengah.

13) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target Nasional	Realisasi 2024
100%	100%

Realisasi kinerja tahun 2024 sudah mencapai target nasional.

14) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

Adanya komitmen dari berbagai *stakeholder* terkait dan organisasi profesi serta organisasi perumah sakitan yang terlibat dalam mendukung program pemerintah ini..

15) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

- Pertemuan Koordinasi Program Audit Klinis di Rumah Sakit dan pembahasan hasil audit medis
- Sistem informasi pelaporan audit klinis melalui RS Online

Sosialisasi dan bimtek pelaksanaan audit pada RS Vertikal serta RS diampu strata utama dan strata madya.

f. Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar (Dit. PKR)

1) Definisi Operasional

RS rujukan nasional adalah RS yang ditetapkan menjadi pengampu dalam program jejaring layanan prioritas strata utama dan paripurna

1) Cara Perhitungan

RS rujukan nasional yang telah ditetapkan memenuhi kriteria sebagai RS pengampu untuk strata utama dan paripurna

3) Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

- Rapat Koordinasi Identifikasi Kesiapan RS
- Pertemuan Identifikasi Kesiapan RS
- Monev Identifikasi Kesiapan RS
- Penetapan Stratifikasi Pelayanan
- Pembinaan Teknis sesuai Pelayanan Pengampuannya

4) Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- Menyusun peraturan perundangan yang menetapkan nama rumah sakit jejaring dan target stratanya
- Membuat standar pelayanan sesuai strata masing-masing
- Meningkatkan strata rumah sakit sesuai target strata yang ditetapkan meliputi:
- Pemenuhan sumber daya manusia khususnya dokter spesialis
- Pemenuhan alat kesehatan dan sarana prasarana
- Penyelenggaraan pelayanan kesehatan
- Bekerja sama dengan pemerintah daerah untuk membantu pemenuhan sumber daya di rumah sakit wilayahnya

5) Pencapaian Kinerja

Transformasi layanan rujukan termasuk 6 pilar transformasi kesehatan. Salah satu di dalamnya adalah program baru mengenai rumah sakit jejaring layanan penyakit prioritas. Rumah sakit jejaring ini dibagi dalam strata-strata dari dasar hingga paripurna. Strata dasar pada umumnya meliputi layanan dasar dan skrining penyakit dan strata paripurna memiliki layanan tertinggi hingga tata laksana penyakit yang modern dan komprehensif. Program sebelumnya mengenai rumah sakit rujukan nasional diintegrasikan dengan program rumah sakit jejaring layanan penyakit prioritas. Rumah sakit yang stratanya lebih rendah akan merujuk ke rumah sakit yang stratanya lebih tinggi sesuai kemampuan masing-masing layanan penyakit prioritas. Sehubungan dengan transformasi kesehatan pada layanan rujukan, salah satu indikatornya adalah jumlah RS rujukan nasional sesuai standar. Dari target 42 RS sesuai Renstra telah tercapai sebanyak 46 RS seperti pada tabel berikut

Tabel Daftar Rumah Sakit Rujukan Nasional

No	Rumah Sakit	No	Rumah Sakit
1	RSUPN dr Cipto Mangunkusumo	24	RSUD Saiful Anwar
2	RS PON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono	25	RSUD Kab Tangerang
3	RS Kanker Dharmais	26	RSUD Arifin Achmad
4	RSJPD Harapan Kita	27	RSUD Raden Mattaher
5	RSAB Harapan Kita	28	RSUD M. Yunus
6	RSUP Persahabatan	29	RSUD Dr. (HC) Ir. Soekarno
7	RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso	30	RS Paru dr H A Rotinsulu Bandung
8	RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi	31	RS Paru Gunawan Partowidegdo Cisarua
9	RSUP Fatmawati	32	RSUD Doris Sylvanus
10	RSUP Dr. Kariadi	33	RS Paru dr Ario Wirawan Salatiga
11	RSUP Dr. Sardjito	34	RSUD NTB
12	RSUP Dr. Hasan Sadikin	35	RSUD dr. Sudarso
13	RSUP Dr. Adam Malik	36	RSJ Aceh
14	RSUP Dr. M. Djamil	37	RS Jiwa Dr. Soeharto Heerjan
15	RSUP Dr. M. Hoesin	38	RSJ Prof. Dr. Soerojo
16	RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah	39	RSJD Dr. Amino Gondohutomo
17	RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	40	RSJD Dr. RM. Soedjarwadi
18	RSUP Prof. Dr. Kandou	41	RSJ dr Radjiman Wediodiningrat
19	RSUD Zainoel Abidin	42	RSJ Provinsi Bali
20	RSUD Abdul Wahab Sjahranie	43	RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

No	Rumah Sakit	No	Rumah Sakit
21	RSUD Dr. Moewardi	44	RSJ Duren Sawit
22	RSUD Ulin	45	RSJ Grhasia
23	RSUD Dr Soetomo	46	RSJD Surakarta

6) Analisa Capaian Kinerja

Hasil capaian kinerja sebesar 46 RS pengampu strata paripurna dan utama dari target 42 RS. Indikator tercapai melebihi target dengan persentase realisasi ketercapaiannya 109,52%

7) Permasalahan

- Masalah redistribusi dokter spesialis. Sumber daya manusia khususnya dokter spesialis yang masih terpusat di Pulau Jawa karena kondisi daerah yang masih kurang mengakomodir kebutuhan para dokter
- Produksi dokter spesialis yang terbatas mulai dari jumlah kuota penerimaan serta jumlah universitas penyelenggara
- Pemerintah daerah kurang mendukung dalam program rumah sakit jejaring yaitu kurangnya anggaran pendapatan daerah dan kurangnya prioritas daerah di bidang kesehatan
- Belum adanya sistem informasi mengenai layanan rujukan yang mendukung program ini terutama dalam hal mapping pendataan kondisi secara real time rumah sakit di setiap provinsi

8) Upaya Pemecahan Masalah

- Kebijakan dan pengawasan yang tegas mengenai produksi dan redistribusi dokter spesialis ke daerah untuk mengisi rumah sakit jejaring.
- Pengembangan sistem informasi yang mendukung program rumah sakit jejaring. Sistem informasi yang dapat menggambarkan situasi kondisi tiap rumah sakit di seluruh provinsi. Informasi diantaranya minimal mencakup strata existing, jumlah dan jenis sumber daya manusia, jumlah dan jenis alat kesehatan, dan jenis pelayanan

9) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar 10,8 % dengan rincian perhitungan sebagai berikut

Rumus Efisiensi Sumber Daya

$$\frac{3 \times (5/4) - 6 \times 100}{3}$$

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar	Rp 27.372.170.000,-	42	46	Rp 27.023.915.636,-

10) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program						
Indikator Kinerja				Realisasi Kinerja		
				Target	Realisasi	% Realisasi
1	Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar			42 RS	46 RS	109,52 %

Untuk indikator kinerja ini , target capaian indikator tahun 2024 sebesar 42 RS dengan realisasi kinerja sebanyak 46 RS. Realisasi tersebut tercapai sesuai dengan target tahun 2024.

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

Realisasi 2021	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Realisasi 2024
N/A	46 RS	46 RS	46 RS

Terdapat persamaan capaian dibandingkan dengan tahun 2024.

12) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Target 2024	Realisasi 2024	Realisasi 2023	Realisasi 2022
42 RS	46 RS	46 RS	46 RS

Realisasi tahun 2024 sudah mencapai bahkan melebihi target 2024.

13) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target Nasional	Realisasi 2024
42 RS	46 RS

Realisasi tahun 2024 sudah mencapai bahkan melebihi target nasional.

14) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

Adanya komitmen dari berbagai *stakeholder* terkait dan organisasi profesi serta organisasi perumah sakitan yang terlibat dalam mendukung program pemerintah ini.

15) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

- Menyusun peraturan perundangan yang menetapkan nama rumah sakit jejaring dan target stratanya
- Membuat standar pelayanan sesuai strata masing-masing
- Meningkatkan strata rumah sakit sesuai target strata yang ditetapkan

g. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4 (Dit. PKR)

1) Definisi Operasional

Jumlah RS Vertikal BLU di lingkup Ditjen Pelayanan Kesehatan dengan kompetensi strata 4 (paripurna) yang menjadi pengampu pelayanan minimal satu dari 9 penyakit prioritas dan pelayanan jiwa.

2) Cara Perhitungan

Jumlah RS Vertikal BLU di lingkup Ditjen Pelayanan Kesehatan dengan kompetensi strata 4 (Paripurna) yang menjadi pengampu pelayanan minimal 1 dari 9 penyakit prioritas dan pelayanan jiwa dibagi jumlah seluruh RS Vertikal BLU dikali 100.

3) Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

- Rapat Koordinasi Identifikasi Kesiapan RS termasuk RS Vertikal
- Pertemuan Identifikasi Kesiapan RS termasuk RS Vertikal
- Monev Identifikasi Kesiapan RS termasuk RS Vertikal
- Penetapan Stratifikasi Pelayanan termasuk RS Vertikal
- Pembinaan Teknis sesuai Pelayanan Pengampuannya termasuk RS Vertikal

4) Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- Pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan (SPA) sesuai kebutuhan dan standar pelayanan
- RS Vertikal diarahkan membuat rencana strategi bisnis yang diintegrasikan dengan program ini

- Kerja sama dengan rumah sakit luar negeri sebagai upaya peningkatan pelayanan
- Koordinasi dengan Direktorat Tenaga Kesehatan, kolegium, dan perhimpunan profesi dalam upaya peningkatan kompetensi seperti penyelenggaraan fellowship dan rumah sakit pendidikan

5) Pencapaian Kinerja

Peran Rumah sakit vertikal sangat penting dalam melaksanakan program rumah sakit jejaring layanan penyakit prioritas khususnya sebagai pengampu rumah sakit yang diampu. Kemampuan rumah sakit vertikal berbeda-beda berdasarkan standar stratifikasi pelayanan. Indikator ini memberikan gambaran seberapa besar persentase rumah sakit vertikal yang sudah memiliki kemampuan pelayanan paripurna di 9 layanan penyakit prioritas.

Target capaian 7% merupakan penambahan 7% dari 30 RS Vertikal BLU setiap tahun nya. Sehingga untuk mencapai target, minimal terdapat penambahan 3 RS Vertikal BLU yang menjadi paripurna setiap tahunnya.

Untuk tahun 2024 terdapat penambahan 2 RS Vertikal BLU yang menjadi paripurna yaitu RSJ dr. H. Marzoeqi Mahdi dan RSJ Prof. dr. Soerodjo.

Perhitungan capaian 2024 berikut :

Jumlah RS Vertikal BLU yang menjadi strata paripurna dibagi total RS Vertikal BLU dikali 100% $\rightarrow 2 \text{ RS} / 30 \text{ RS} \times 100\% \rightarrow 6,6\%$

6) Analisa Capaian Kinerja

Hasil capaian kinerja sebesar 2 RS Vertikal yaitu RSJ dr. H. Marzoeqi Mahdi dan RSJ Prof. dr. Soerodjo (dengan kompetensi strata 4 (Paripurna) yang menjadi pengampu pelayanan minimal 1 dari 9 penyakit prioritas dan pelayanan jiwa) dari target 7 %.

Indikator belum mencapai target dengan persentase realisasi ketercapaiannya 94,3%. Target indikator ini tidak bersifat kumulatif, yang berarti setiap tahunnya terdapat 7% dari 30 RS Vertikal BLU yang menjadi paripurna. Capaian tersebut harus RS terbaru yang sebelumnya belum paripurna.

No	Nama RS	Strata Paripurna
1	RS Pusat Otak Nasional	Sudah
2	RSJ Dr. Soeharto Heerdjan	Sudah
3	RSUP Dr. Kariadi Semarang	Sudah
4	RSUP dr Ciptomangunkusumo	Sudah

No	Nama RS	Strata Paripurna
5	RSUP DR. M. Djamil Padang	Sudah
6	RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	Sudah
7	RSUP Dr. Hasan Sadikin	Sudah
8	RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Belum
9	RSUP Fatmawati	Sudah
10	RSUP prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah	Sudah
11	RS Kanker Dharmais	Sudah
12	RSUP H. Adam Malik Medan	Sudah
13	RSUP Dr Sardjito, Yogyakarta	Sudah
14	RSAB Harapan Kita	Sudah
15	RSUP Dr. Rivai Abdullah Palembang	Belum
16	RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar	Belum
17	RS Jantung Harapan Kita	Sudah
18	RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang	Sudah
19	RSUP Prof. Dr.R.D Kandou Manado	Sudah
20	RS Sulianti Saroso	Sudah
21	RSUP Dr. Sitanala Tangerang	Belum
22	RS Persahabatan	Sudah
23	RS Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor	Sudah
24	RS Paru dr. H.A. Rotinsulu Bandung	Sudah
25	RSUP Surakarta	Belum
26	RS Paru Dr. Ario Wirawan Salatiga	Sudah
27	RS Otak DR. drs. M. Hatta Bukittinggi	Belum
28	RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat	Sudah
29	RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi	**Sudah
30	RSJ Prof. dr. Soerodjo	**Sudah

7) Permasalahan

- Produksi dokter spesialis yang terbatas mulai dari jumlah kuota penerimaan serta jumlah universitas penyelenggara
- Perencanaan dan komitmen yang kurang dari para manajemen rumah sakit untuk mengintegrasikan layanannya dengan program rumah sakit jejaring ini

- Kurang aktifnya Rumah sakit pengampu dalam melihat kondisi rumah sakit diampu dan melakukan kegiatan pengampunan

8) Upaya Pemecahan Masalah

- Pemenuhan SDM melalui beasiswa Pendidikan LPDP dan Kemenkes (Bandikdok)
- Pemenuhan Alat, Sarana dan Prasarana melalui APBN (RM dan/atau BLU) sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- Koordinasi intens dengan Kementerian Kesehatan agar program dan perencanaan tersinkronisasi dengan baik.
- Beberapa program Kementerian Kesehatan yang beririsan harus disatukan agar beban kerja RS vertikal dapat ditekan.

9) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar 52,37 % dengan rincian perhitungan sebagai berikut

Rumus Efisiensi Sumber Daya

$$\frac{3 \times (5/4) - 6 \times 100}{3}$$

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	Rp 23.120.935.000,-	7 %	6,6%	Rp 9.690.138.049,-

10) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program				
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	7 %	6,6 %	94,3 %

Untuk indikator kinerja ini, target capaian indikator tahun 2024 sebesar 6,6% dengan realisasi kinerja sebanyak 94,3%. Realisasi tersebut belum tercapai sesuai dengan target tahun 2024.

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

Realisasi 2021	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Realisasi 2024
N/A	58,82%	7,1%	6,6%

Terlihat penurunan realisasi di tahun 2024 karena realisasi 2024 merupakan penambahan capaian baru (bukan kumulatif dari tahun 2023).

12) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Target 2024	Realisasi 2024	Realisasi 2023	Realisasi 2022
7%	6,6%	7,1%	58,82%

Selisih realisasi dan target tahun 2024 sebesar 0,4%.

13) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target Nasional	Realisasi 2024
7%	6,6%

Selisih realisasi dan target nasional sebesar 0,4%.

14) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

Beban kerja yang sangat tinggi di rumah sakit vertikal; selain melakukan pelayanan kesehatan, RS vertikal juga melaksanakan program pemerintah yang jumlahnya banyak. Jumlah sumber daya manusia di RS vertikal terbatas yang melaksanakan program pemerintah.

15) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

- Rapat Koordinasi Identifikasi Kesiapan RS termasuk RS Vertikal
- Pertemuan Identifikasi Kesiapan RS termasuk RS Vertikal
- Monev Identifikasi Kesiapan RS termasuk RS Vertikal
- Penetapan Stratifikasi Pelayanan termasuk RS Vertikal
- Pembinaan Teknis sesuai Pelayanan Pengampuannya termasuk RS Vertikal

h. Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas (Dit. TKPK)

1. Definisi Operasional

Jumlah RS Pendidikan milik pemerintah di 34 Provinsi yang menyelenggarakan minimal 1 (satu) dari 9 layanan penyakit prioritas.

2. Cara Perhitungan

Jumlah RS Pendidikan milik pemerintah di 34 Provinsi yang menyelenggarakan minimal 1 (satu) dari 9 layanan penyakit prioritas.

3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Mendorong rumah sakit yang sudah menyelenggarakan salah satu dari 9 layanan penyakit prioritas menjadi RS Pendidikan melalui pelaksanaan bimbingan teknis dan penetapan RS Pendidikan.

4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- a. Koordinasi dalam rangka pembahasan isu-isu terkait RS Pendidikan dengan lintas sektor seperti Asosiasi RS Pendidikan Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia, Asosiasi RS Gigi dan Mulut Pendidikan Indonesia, Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia, Asosiasi Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan terkait lokus Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan 9 Prioritas.
- b. Pembinaan Rumah Sakit Pendidikan melalui Bimbingan Teknis Standar Rumah Sakit Pendidikan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2023 tentang Instrumen Penilaian Rumah Sakit Pendidikan dan Rasio Jumlah Dosen dengan Mahasiswa di Rumah Sakit Pendidikan. Bimbingan teknis dilaksanakan dalam bentuk daring maupun luring, dengan sasaran rumah sakit yang sudah menyelenggarakan pendidikan namun belum ditetapkan sebagai RS Pendidikan oleh Menteri Kesehatan. Bimbingan teknis melibatkan lintas sektor seperti Asosiasi RS Pendidikan Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia, Asosiasi RS Gigi dan Mulut Pendidikan Indonesia, dan Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia.
- c. Penggunaan Sistem Informasi Rumah Sakit Pendidikan dalam proses penetapan Rumah Sakit Pendidikan sehingga dapat mengefisiensikan dan mengefektifkan proses penetapan.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian kinerja untuk indikator kinerja program ini sudah melebihi target indikator sebesar 169 RS dari target yang ditetapkan sebanyak 135 RS.

No	Provinsi	Nama Rumah Sakit	Kode RS	Kelas RS	Jenis Lokus	Kab/Kota	Penyelenggara	K	J	S	U	KIA	TB	DM	PIE	GH	KJ
1	ACEH	1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin	1171015	A	Irisan	Kota Banda Aceh	Pemprop	Utama	Utama	Paripurna	Paripurna	Utama	Utama	Paripurna	Utama	Madya	Madya
2	ACEH	6. Rumah Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien	1107014	B	Irisan	Aceh Barat	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
3	ACEH	9. Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa	1171110	B	Irisan	Kota Banda Aceh	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya			Madya
4	ACEH	Rumah Sakit Jiwa Aceh	1171041	A	Non KJSU	Kota Banda Aceh	Pemprop										Paripurna
5	SUMATERA UTARA	1. Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik	1275655	A	Irisan	Kota Medan	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
6	SUMATERA UTARA	2. Rumah Sakit Umum Haji Medan	1275794	B	Irisan	Deli Serdang	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
7	SUMATERA UTARA	13. Rumah Sakit Umum Daerah Drs. H. Amri Tambunan	1212012	B	Irisan	Deli Serdang	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
8	SUMATERA UTARA	19. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi	1275013	B	Irisan	Kota Medan	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya			Madya
9	SUMATERA UTARA	32. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Djasamen Saragih	1273011	B	Irisan	Kota Pematang Siantar	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya		
10	SUMATERA BARAT	1. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil	1371010	A	Irisan	Kota Padang	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Madya
11	SUMATERA BARAT	3. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar	1375014	B	Irisan	Kota Bukittinggi	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
12	SUMATERA BARAT	13. Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir	1372011	B	Irisan	Kota Solok	Pemprop	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
13	RIAU	2. Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad	1471011	B	Irisan	Kota Pekanbaru	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
14	RIAU	7. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Dumai	1473013	B	Irisan	Kota Dumai	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
15	KEPULAUAN RIAU	1. Rumah Sakit Umum Daerah Raja Ahmad Tabib	2072002	B	Irisan	Kota Tanjung Pinang	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
16	JAMBI	1. Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi	1571012	B	Irisan	Kota Jambi	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	
17	BENGKULU	1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Yunus Bengkulu	1771014	B	Irisan	Kota Bengkulu	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	
18	SUMATERA SELATAN	1. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin Palembang	1671013	A	Irisan	Kota Palembang	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Madya
19	SUMATERA SELATAN	2. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Rivai Abdullah	1671072	C	Irisan	Banyuasin	Kemkes	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Utama		Utama		
20	SUMATERA SELATAN	3. Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan	1671347	B	Irisan	Kota Palembang	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
21	SUMATERA SELATAN	6. Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. M. Rabain Muara Enim	1603063	B	Irisan	Muara Enim	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
22	SUMATERA SELATAN	11. Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari	1671265	B	Irisan	Kota Palembang	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Utama	Madya			Madya
23	SUMATERA SELATAN	Rumah Sakit Jiwa Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan	1671061	A	Non KJSU	Kota Palembang	Pemprop										Utama
24	LAMPUNG	1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek	1801017	A	Irisan	Kota Bandar Lampung	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	
25	LAMPUNG	16. Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Yani Metro	1872016	B	Irisan	Kota Metro	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya		
26	LAMPUNG	Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung	1871176	B	Non KJSU	Kota Bandar Lampung	Pemprop										Utama
27	BANTEN	2. Rumah Sakit Umum Daerah Banten	3673004	B	Irisan	Kota Serang	Pemprop	Utama	Madya	Utama	Utama	Utama	Madya	Utama	Utama	Madya	Madya
28	BANTEN	3. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang	3603010	B	Irisan	Tangerang	Pemkab	Madya	Utama	Madya	Madya	Paripurna	Utama	Madya	Madya		Madya
29	BANTEN	4. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Drajat Prawiranegara	3604013	B	Irisan	Serang	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Utama	Madya	Madya			Madya
30	DAERAH KHUSUS JAKARTA	1. Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo	3173014	A	Irisan	Kota Jakarta Pusat	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
31	DAERAH KHUSUS JAKARTA	2. Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati	3171012	A	Irisan	Kota Jakarta Selatan	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Paripurna	Paripurna	Madya	Madya
32	DAERAH KHUSUS JAKARTA	3. Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan	3172013	A	Irisan	Kota Jakarta Timur	Kemkes	Paripurna	Utama	Paripurna	Utama	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Madya	Madya
33	DAERAH KHUSUS JAKARTA	4. Rumah Sakit Kanker Dharmais	3174063	A	KJSU-KIA	Kota Jakarta Barat	Kemkes	Paripurna									
34	DAERAH KHUSUS JAKARTA	5. Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	3174282	A	KJSU-KIA	Kota Jakarta Barat	Kemkes		Paripurna								
35	DAERAH KHUSUS JAKARTA	6. Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardijono	3172749	A	KJSU-KIA	Kota Jakarta Timur	Kemkes			Paripurna							
36	DAERAH KHUSUS JAKARTA	7. Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita	3174260	A	KJSU-KIA	Kota Jakarta Barat	Kemkes					Paripurna					
37	DAERAH KHUSUS JAKARTA	8. Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan	3173521	A	Irisan	Kota Jakarta Pusat	Pemprop	Madya	Utama	Utama	Utama	Madya	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
38	DAERAH KHUSUS JAKARTA	9. Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Minggu	3171795	B	Irisan	Kota Jakarta Selatan	Pemprop	Utama	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya		
39	DAERAH KHUSUS JAKARTA	10. Rumah Sakit Umum Daerah Koja	3175016	B	Irisan	Kota Jakarta Utara	Pemprop	Madya	Madya	Madya	Madya	Utama	Madya			Madya	
40	DAERAH KHUSUS JAKARTA	11. Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih	3172024	B	Irisan	Kota Jakarta Timur	Pemprop	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya	
41	DAERAH KHUSUS JAKARTA	12. Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo	3172126	B	Irisan	Kota Jakarta Timur	Pemprop	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya			Madya
42	DAERAH KHUSUS JAKARTA	13. Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng	3174074	B	Irisan	Kota Jakarta Barat	Pemprop	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
43	DAERAH KHUSUS JAKARTA	Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso	3175064	A	Non KJSU	Kota Jakarta Utara	Kemkes						Utama		Paripurna		
44	DAERAH KHUSUS JAKARTA	Rumah Sakit Umum PAD Gatot Soebroto	3173025	A	Non KJSU	Kota Jakarta Pusat	TNI AD									Utama	
45	DAERAH KHUSUS JAKARTA	Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa	3172061	B	Non KJSU	Kota Jakarta Timur	TNI AU									Utama	
46	DAERAH KHUSUS JAKARTA	Rumah Sakit Umum AL Dr. Mintoharjo	3173036	B	Non KJSU	Kota Jakarta Pusat	TNI AL									Utama	
47	DAERAH KHUSUS JAKARTA	Rumah Sakit Umum Bhayangkara Tk. I R.Said Sukanto	3172072	A	Non KJSU	Kota Jakarta Timur	POLRI									Utama	
48	DAERAH KHUSUS JAKARTA	Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan	3174041	A	Non KJSU	Kota Jakarta Barat	Kemkes										Paripurna
49	JAWA BARAT	1. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin	3273015	A	Irisan	Kota Bandung	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Paripurna
50	JAWA BARAT	2. Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan Provinsi Jawa Barat	3204086	B	Irisan	Bandung	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
51	JAWA BARAT	3. Rumah Sakit Umum Daerah Cibinong	3201046	B	Irisan	Bogor	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
52	JAWA BARAT	4. Rumah Sakit Umum Daerah Sekarwangi	3202014	B	KJSU-KIA	Sukabumi	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
53	JAWA BARAT	5. Rumah Sakit Umum Daerah Sayang	3203015	B	Irisan	Cianjur	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
54	JAWA BARAT	6. Rumah Sakit Umum Daerah Maialava	3204016	B	Irisan	Bandune	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya

55	JAWA BARAT	7. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut	3205010	B	Irisan	Garut	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	Madya		Madya
56	JAWA BARAT	13. Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Bekasi	3216252	B	Irisan	Bekasi	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya			Madya
57	JAWA BARAT	15. Rumah Sakit Umum Daerah R. Syamsudin, SH	3272014	B	Irisan	Kota Sukabumi	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	Madya	Madya	Madya
58	JAWA BARAT	17. Rumah Sakit Daerah Gunung Jati	3274016	B	Irisan	Kota Cirebon	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
59	JAWA BARAT	18. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Chashullah Abdulmajid	3275013	B	Irisan	Kota Bekasi	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
60	JAWA BARAT	23. Rumah Sakit Umum Daerah Waled	3209014	B	Irisan	Cirebon	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					Madya
61	JAWA BARAT	28. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor	3271104	B	Irisan	Kota Bogor	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
62	JAWA BARAT	29. Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat	3277020	B	Irisan	Kota Cimahi	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya			Madya
63	JAWA BARAT	Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo	3201024	A	Non KJSU	Bogor	Kemkes							Paripurna		Utama	
64	JAWA BARAT	Rumah Sakit Paru Dr. H. A. Rotinsulu	3273201	A	Non KJSU	Kota Bandung	Kemkes							Paripurna		Utama	
65	JAWA BARAT	Rumah Sakit Umum Daerah Ciawi	3201050	B	Non KJSU	Bogor	Pemkab							Madya			
66	JAWA BARAT	Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzuki Mahdi	3271046	A	Non KJSU	Kota Bogor	Kemkes										Paripurna
67	JAWA BARAT	Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat	3217042	A	Non KJSU	Bandung Barat	Pemprop										Utama
68	JAWA TENGAH	1. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi	3374010	A	Irisan	Kota Semarang	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
69	JAWA TENGAH	2. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soerjadi Tirtonegoro	3310015	A	Irisan	Klaten	Kemkes	Paripurna	Utama	Paripurna	Utama	Madya	Utama	Paripurna	Paripurna	Madya	Madya
70	JAWA TENGAH	3. Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta	3372201	C	Irisan	Kota Surakarta	Kemkes	Madya	Utama	Utama	Madya	Madya	Utama	Utama	Utama		Madya
71	JAWA TENGAH	4. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta	3372015	A	Irisan	Kota Surakarta	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Utama	Utama	Paripurna
72	JAWA TENGAH	5. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Margono Soekarjo	3302026	A	Irisan	Banyumas	Pemprop	-					Utama		Madya	Madya	Madya
73	JAWA TENGAH	6. Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap	3301014	B	Irisan	Cilacap	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
74	JAWA TENGAH	7. Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata	3303016	C	Irisan	Purbalingga	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					Madya
75	JAWA TENGAH	9. Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas	3302015	B	Irisan	Banyumas	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya		Madya
76	JAWA TENGAH	10. Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali	3309015	B	Irisan	Boyolali	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	Madya
77	JAWA TENGAH	13. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi	3315013	B	Irisan	Grobogan	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
78	JAWA TENGAH	15. Rumah Sakit Umum Daerah RAA Soewondo	3318016	B	Irisan	Pati	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
79	JAWA TENGAH	16. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Lokono Hadi	3319010	B	Irisan	Kudus	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya		Madya
80	JAWA TENGAH	17. Rumah Sakit Umum Daerah R. A. Kartini	3320010	B	Irisan	Jepara	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
81	JAWA TENGAH	18. Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga	3321011	C	Irisan	Demak	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					Madya
82	JAWA TENGAH	22. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeselo Slawi Kabupaten Tegal	3328011	B	Irisan	Tegal	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
83	JAWA TENGAH	24. Rumah Sakit Umum Daerah Tidar	3371014	B	Irisan	Kota Magelang	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya	Madya	Madya
84	JAWA TENGAH	25. Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro	3374342	B	Irisan	Kota Semarang	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
85	JAWA TENGAH	26. Rumah Sakit Umum Daerah Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara	3304010	C	KJSU- KIA	Banjarnegara	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
86	JAWA TENGAH	27. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tjitrowardjo Purworejo	3306012	B	KJSU- KIA	Purworejo	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
87	JAWA TENGAH	28. Rumah Sakit Umum Setjonegoro Wonosobo	3307013	C	KJSU- KIA	Wonosobo	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
88	JAWA TENGAH	29. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kab. Magelang	3308014	C	KJSU- KIA	Magelang	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
89	JAWA TENGAH	30. Rumah Sakit Umum Daerah Ir. Soekarno Kabupaten Sukoharjo	3311016	B	Irisan	Sukoharjo	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya				Madya
90	JAWA TENGAH	31. Rumah Sakit Umum Daerah Kartini Karanganyar	3313011	C	Irisan	Karanganyar	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					Madya
91	JAWA TENGAH	32. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prjonegoro	3314012	B	KJSU- KIA	Sragen	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
92	JAWA TENGAH	33. Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetranso Rembang	3317015	C	KJSU- KIA	Rembang	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
93	JAWA TENGAH	34. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung	3323013	B	KJSU- KIA	Temanggung	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
94	JAWA TENGAH	39. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga	3373016	B	Irisan	Kota Salatiga	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					Madya
95	JAWA TENGAH	40. Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah	3376012	B	Irisan	Kota Tegal	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	
96	JAWA TENGAH	Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH	3374134	B	Non KJSU	Kota Semarang	Pemprop							Madya	Madya		Madya
97	JAWA TENGAH	Rumah Sakit Paru Dr. Ario Wirawan	3373042	A	Non KJSU	Kota Salatiga	Kemkes							Paripurna		Utama	
98	JAWA TENGAH	Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo	3371040	A	Non KJSU	Kota Magelang	Kemkes										Paripurna
99	JAWA TENGAH	Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo	3374123	A	Non KJSU	Kota Semarang	Pemprop										Paripurna
100	DI YOGYAKARTA	1. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito	3404015	A	Irisan	Sleman	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
101	DI YOGYAKARTA	3. Rumah Sakit Umum Daerah Wates	3401015	B	Irisan	Kulon Progo	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Utama	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
102	DI YOGYAKARTA	4. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati	3402016	B	Irisan	Bantul	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
103	DI YOGYAKARTA	5. Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari	3403010	B	Irisan	Gunung Kidul	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
104	DI YOGYAKARTA	6. Rumah Sakit Umum Daerah Sleman	3404011	B	Irisan	Sleman	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya				
105	JAWA TIMUR	2. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo	3578016	A	Irisan	Kota Surabaya	Pemprop	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Paripurna
106	JAWA TIMUR	3. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar	3573011	A	Irisan	Kota Malang	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Madya
107	JAWA TIMUR	4. Rumah Sakit Umum Daerah R. T. Notopuro Sidoarjo	3515015	A	Irisan	Sidoarjo	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Utama	Utama	Madya	Madya	Madya	Madya
108	JAWA TIMUR	5. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedono Madiun	3577015	B	Irisan	Kota Madiun	Pemprop	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
109	JAWA TIMUR	6. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung	3504012	B	Irisan	Tulungagung	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Utama	Madya	Madya		Madya
110	JAWA TIMUR	7. Rumah Sakit Umum Daerah Ngudi Waluyo Wlingi	3505013	B	Irisan	Blitar	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
111	JAWA TIMUR	8. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri	3506014	B	Irisan	Kediri	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
112	JAWA TIMUR	11. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soebandi Jember	3509010	B	Irisan	Jember	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	Madya		Madya
113	JAWA TIMUR	12. Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan	3510010	B	Irisan	Banyuwangi	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
114	JAWA TIMUR	15. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Soekandar	3516020	B	Irisan	Mojokerto	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
115	JAWA TIMUR	16. Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Jombang	3517010	B	Irisan	Jombang	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
116	JAWA TIMUR	17. Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk	3518011	B	Irisan	Nganjuk	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya
117	JAWA TIMUR	19. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soegiri Kabupaten Lamongan	3524016	B	Irisan	Lamongan	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya
118	JAWA TIMUR	20. Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kab. Gresik	3525010	B	Irisan	Gresik	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	Madya
119	JAWA TIMUR	21. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Slamet Marudjirjo Pamekasan	3528013	B	Irisan	Pamekasan	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			Madya		Madya
120	JAWA TIMUR	22. Rumah Sakit Umum Daerah Bhakti Dharma Husada	3578213	B	KJSU- KIA	Kota Surabaya	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
121	JAWA TIMUR	24. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo	3502010	B	KJSU- KIA	Ponorogo	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
122	JAWA TIMUR	25. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Trenggalek	3503011	C	KJSU- KIA	Trenggalek	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
123	JAWA TIMUR	29. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Sayidiman Magetan	3520012	C	KJSU- KIA	Magetan	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
124	JAWA TIMUR	30. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi	3521013	C	KJSU- KIA	Ngawi	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
125	JAWA TIMUR	31. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Sosodoro Djitikoesoemo	3522014	B	Irisan	Bojonegoro	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya				Madya	

126	JAWA TIMUR	32. Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambani Rato Ebu	3526011	B	KJSU-KIA	Bangkalan	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya							
127	JAWA TIMUR	35. Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran	3571016	B	Irisan	Kota Kediri	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya						
128	JAWA TIMUR	36. Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo	3572010	B	Irisan	Kota Blitar	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya				Madya			
129	JAWA TIMUR	41. Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu	3579030	B	Irisan	Kota Batu	Pemprop	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya						
130	JAWA TIMUR	Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur	3578523	B	Non KJSU	Kota Surabaya	Pemprop						Utama	Madya		Madya	Madya		
131	JAWA TIMUR	Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohamad Soewandhie	3578571	B	Non KJSU	Kota Surabaya	Pemkot						Madya						
132	JAWA TIMUR	Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang	3507026	A	Non KJSU	Malang	Kemkes										Paripurna		
133	JAWA TIMUR	Rumah Sakit Jiwa Menur	3578192	A	Non KJSU	Kota Surabaya	Pemprop										Utama		
134	BALI	1. Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I. G. N. G Ngoerah	5171016	A	Irisan	Kota Denpasar	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Paripurna	
135	BALI	2. Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali	5171220	B	Irisan	Kota Denpasar	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya	
136	BALI	3. Rumah Sakit Umum Daerah Tabanan	5102010	B	Irisan	Tabanan	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya			
137	BALI	4. Rumah Sakit Daerah Mangusada	5103032	B	Irisan	Badung	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	
138	BALI	5. Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar	5104012	B	Irisan	Gianyar	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	
139	BALI	6. Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Buleleng	5108016	B	Irisan	Buleleng	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	
140	BALI	7. Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya	5171020	B	Irisan	Kota Denpasar	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	
141	BALI	9. Rumah Sakit Umum Daerah Klungkung	5105013	B	KJSU-KIA	Klungkung	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya							
142	BALI	10. Rumah Sakit Umum Daerah Bangli	5106014	B	KJSU-KIA	Bangli	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya							
143	BALI	11. Rumah Sakit Umum Daerah Karangasem	5107015	C	KJSU-KIA	Karangasem	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya							
144	BALI	Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali	5106025	A	Non KJSU	Bangli	Pemprop											Paripurna	
145	NUSA TENGGARA BARAT	1. Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB	5271010	A	Irisan	Kota Mataram	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Paripurna	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya	
146	NUSA TENGGARA BARAT	3. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram	5271087	B	Irisan	Kota Mataram	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Utama	Madya	Madya				Madya	
147	NUSA TENGGARA BARAT	Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma	5271054	B	Non KJSU	Kota Mataram	Pemprop											Utama	
148	NUSA TENGGARA TIMUR	2. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. DR. W. Z. Johannes	5371011	B	Irisan	Kota Kupang	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya	
149	KALIMANTAN BARAT	1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedarso Pontianak	6171011	A	Irisan	Kota Pontianak	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya		
150	KALIMANTAN BARAT	7. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Syarif Mohammad Alkadrie	6171138	C	Irisan	Kota Pontianak	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya					
151	KALIMANTAN TENGAH	1. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Doris Sylvanus Palangka Raya	6271012	B	Irisan	Kota Palangka Raya	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya	
152	KALIMANTAN SELATAN	1. Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin	6371013	A	Irisan	Kota Banjarmasin	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Paripurna	Paripurna	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya	
153	KALIMANTAN SELATAN	5. Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Zalecha	6303015	B	Irisan	Banjar	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	
154	KALIMANTAN SELATAN	6. Rumah Sakit Umum Daerah Brigiend H. Hasan Basry Kandangan	6306011	B	Irisan	Hulu Sungai Selatan	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	
155	KALIMANTAN SELATAN	11. Rumah Sakit Umum Daerah H Damanhuri Barabai	6307012	C	KJSU-KIA	Hulu Sungai Tengah	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya							
156	KALIMANTAN SELATAN	Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	6304016	A	Non KJSU	Banjar	Pemprop											Utama	
157	KALIMANTAN TIMUR	2. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjhranie	6472015	A	Irisan	Kota Samarinda	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Paripurna	Madya	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama		
158	KALIMANTAN TIMUR	5. Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit	6403015	B	Irisan	Kutai Kartanegara	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	
159	KALIMANTAN TIMUR	Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam	6472063	A	Non KJSU	Kota Samarinda	Pemprop											Utama	
160	SULAWESI UTARA	1. Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou	7171013	A	Irisan	Kota Manado	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Utama	Madya
161	GORONTALO	2. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloe Saboe	7571010	B	Irisan	Kota Gorontalo	Pemkot	Madya	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
162	SULAWESI TENGAH	1. Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu	7271014	B	Irisan	Kota Palu	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
163	SULAWESI TENGAH	2. Rumah Sakit Umum Anutapura Palu	7271036	B	Irisan	Kota Palu	Pemkot	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya
164	SULAWESI SELATAN	1. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo	7371325	A	Irisan	Kota Makassar	Kemkes	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
165	SULAWESI SELATAN	4. Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji	7371026	B	Irisan	Kota Makassar	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya	Madya
166	SULAWESI SELATAN	8. Rumah Sakit Umum Daerah Tenriawaru Bone	7308041	B	Irisan	Bone	Pemkab	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya	Madya		Madya	Madya
167	SULAWESI TENGGARA	2. Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara	7471011	B	Irisan	Kota Kendari	Pemprop	Utama		Madya	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya	
168	MALUKU	2. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Haulussy Ambon	8171015	B	Irisan	Kota Ambon	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	Madya
169	MALUKU UTARA	1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate	8271016	B	Irisan	Kota Ternate	Pemprop	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Utama	Madya	

6. Analisa Capaian Kinerja

Hingga tahun 2024, terdapat 447 rumah sakit milik pemerintah yang menyelenggarakan pendidikan untuk dokter muda dan dokter spesialis. Namun hanya

256 rumah sakit yang sudah mendapatkan penetapan oleh Menteri Kesehatan sebagai Rumah Sakit Pendidikan sementara 176 rumah sakit lainnya masih dalam proses pemenuhan dokumen untuk ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan. Apabila dibandingkan dengan lokus Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Layanan Prioritas yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan, maka hingga tahun 2024 terdapat 169 Rumah Sakit Pendidikan yang menyelenggarakan minimal satu dari sembilan layanan prioritas.

7. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan

untuk
capaian
25,6 %

sebagai

$$\text{Rumus Efisiensi Sumber Daya} \\ \frac{3 \times (5/4) - 6 \times 100}{3}$$

mendukung
target adalah
dengan rincian
perhitungan
berikut :

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	11.532.488.000	135	169	11.457.666.917

- Membandingkan indikator jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program	Target	Capaian	Persentase Capaian
Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	135 RS	169 RS	125 %

Untuk kinerja program “Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas” , dari target indikator tahun 2024 adalah sebesar 135 Rumah Sakit, capaian indicator yang diperoleh sebesar 169 Rumah Sakit.

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

IKP : Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	2021	2022	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	1.108.565.577	1.639.133.025	11.457.666.917
Target Kinerja		34	70	135
Capaian Kinerja	0	87	112	169
Persentase Capaian Kinerja	0	255,88%	160%	125,18%

10. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024) yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

IKP : : Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	2021	2022	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	0	0	0
Target Jangka Menengah	0	0	0	0

Tidak dapat dibandingkan karena tidak ada indikator RPJMN yang menunjang Indikator Kinerja Program Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan

11. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

IKP : Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	0
Standar Nasional	0	0

Tidak ada yang dapat diperbandingkan antara realisasi kinerja tahun 2024 dengan standar nasional

12. Permasalahan

Masih terdapat Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan 9 Layanan Prioritas yang menyelenggarakan pendidikan namun belum mendapatkan penetapan sebagai Rumah Sakit Pendidikan oleh Menteri Kesehatan.

13. Upaya Pemecahan Masalah

Terdapat beberapa upaya yang telah dilaksanakan dalam mengatasi permasalahan pencapaian indikator, antara lain adalah sebagai berikut :

- a. Mendorong rumah sakit yang sudah menyelenggarakan pendidikan untuk mengajukan permohonan penetapan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.
- b. Dalam rangka mendorong pengajuan penetapan sebagai Rumah Sakit Pendidikan maka dilaksanakan bimbingan teknis baik daring maupun luring dalam rangka peningkatan kapasitas terkait Standar Penilaian Rumah Sakit Pendidikan dengan melibatkan asosiasi terkait RS Pendidikan.
- c. Sosialisasi regulasi terkait RS Pendidikan diantaranya Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/1272/2023 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Sistem Informasi Rumah Sakit Pendidikan, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2023 tentang Instrumen Penilaian RS Pendidikan dan Rasio Jumlah Dosen dengan Mahasiswa di RS Pendidikan, dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1458 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Penelitian Klinik di Rumah Sakit.

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

Keberhasilan pencapaian indikator jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas diantaranya karena upaya pembinaan yang sudah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan melalui koordinasi dengan lintas sektor dan bimbingan teknis rumah sakit pendidikan. Kendala yang ditemui dalam pencapaian indikator yaitu masih ada rumah sakit penyelenggara pendidikan dan menjadi rumah sakit jejaring pengampunan pelayanan 9 prioritas yang belum ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

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

Kegiatan yang menunjang keberhasilan tercapainya indikator “Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas” antara lain:

a. Penyusunan NSPK RS Pendidikan

Penyusunan NSPK RS Pendidikan terdiri dari kegiatan persiapan penyusunan dan penyusunan draft yang diselenggarakan secara hybrid. Jumlah peserta setiap kegiatan 20 orang yang terdiri dari Tim Kerja RS Pendidikan, Tim Kerja Hukum Setditjen Pelayanan Kesehatan, Asosiasi RS Pendidikan Indonesia (ARSPI), Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI), Asosiasi RS Perguruan Tinggi Negeri (ARSPTN), dan Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia (AFDOKGI). Output dari kegiatan Penyusunan NSPK RS Pendidikan berupa Instrumen Monitoring dan Evaluasi RS Pendidikan yang bertujuan untuk menilai penyelenggaraan RS Pendidikan berdasarkan aspek visi-misi serta manajemen-administrasi, aspek sumber daya manusia, aspek sarana penunjang pendidikan, dan aspek pembelajaran klinik.

b. Fasilitasi dan Pembinaan RS Pendidikan

- Sosialisasi Kebijakan terkait RS Pendidikan

Dalam rangka diseminasi kebijakan terkait dengan RS Pendidikan, maka dilaksanakan sosialisasi baik secara daring maupun luring dengan peserta perwakilan dari Rumah Sakit Pendidikan baik yang sudah maupun belum ditetapkan dan asosiasi terkait dengan RS Pendidikan. Kebijakan terkait RS Pendidikan yang disosialisasikan diantaranya Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/1272/2023 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Sistem Informasi Rumah Sakit Pendidikan, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2023 tentang Instrumen Penilaian RS Pendidikan dan Rasio Jumlah Dosen dengan Mahasiswa di RS Pendidikan, dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1458 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Penelitian Klinik di Rumah Sakit.

- Pertemuan Evaluasi Penyelenggaraan RS Pendidikan

Evaluasi Penyelenggaraan RS Pendidikan dilaksanakan dalam rangka membahas hambatan dan masalah yang sering ditemukan pada saat penyelenggaraan pendidikan berlangsung, mengetahui sejauh mana peran dan fungsi Rumah Sakit Pendidikan Utama dalam bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran/Fakultas Kedokteran Gigi, serta dengan Rumah Sakit Pendidikan Satelit dan Afiliasi, serta sinkronisasi Rumah Sakit Pendidikan dalam penyelenggaraan pendidikan dengan kebijakan terbaru serta menghadapi digitalisasi di era 4.0. Pertemuan dilaksanakan pada tanggal 20-22 Juli 2023 di Provinsi DKI Jakarta dalam bentuk

pertemuan hybrid dengan jumlah peserta luring sebanyak 176 orang perwakilan dari RS Pendidikan Utama dan RS Gigi dan Mulut, perwakilan Dinas Kesehatan di lingkungan Jabotabek, Pokja AHS, Asosiasi RS Pendidikan Indonesia, Asosiasi Rumah Sakit Gigi Mulut Pendidikan Indonesia, Asosiasi RS Perguruan Tinggi Negeri, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia, Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia, Persatuan Seluruh Rumah Sakit Indonesia. Selain itu, peserta daring terdiri dari perwakilan Fakultas Kedokteran/Fakultas Kedokteran Gigi, Dinas Kesehatan Provinsi, Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia.

Pada pertemuan ini dipaparkan kebijakan terkait RS Pendidikan, sosialisasi Sistem Informasi RS Pendidikan, Konsep Indikator Mutu RS Pendidikan, Pengelolaan Program Pendidikan Klinis (Profesi Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis), Kerjasama Institusi Pendidikan dengan Dua RS Pendidikan Utama, Peran dan Fungsi RSP sebagai Exemplary Model Pelayanan Kesehatan di Daerah, Kebijakan terkait Jenjang Karier Dosen Klinis di RS Pendidikan, Kesiapan RSPTN sebagai RS Pendidikan Utama, Peran RS Pendidikan Utama dalam Pembinaan RS Jejaring, Peningkatan Kualitas dan Kuantitas Penelitian di RS Pendidikan, Penguatan Koordinasi RS Jejaring dengan RS Pendidikan Utama dan Institusi Pendidikan, dan Diskusi Kelompok.

- Pertemuan TOT Instrumen Penilaian RS Pendidikan

Kegiatan dilaksanakan dalam rangka menindaklanjuti terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2022 tentang Peraturan Pelaksana Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan pada tanggal 26 Oktober 2022 dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2023 tentang Instrumen Penilaian RS Pendidikan dan Rasio Jumlah Dosen dengan Mahasiswa di RS Pendidikan tanggal 6 Januari 2023. Ruang lingkup kegiatan meliputi pengantar dari Ketua Tim Kerja Pengelolaan RS Pendidikan, paparan per standar dari Perhimpunan Hukum Perumahsakitan Indonesia, Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia, dan Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia.

Kegiatan dilaksanakan secara luring dalam bentuk fullday meeting pada tanggal 15 Februari 2023 di Provinsi DKI Jakarta, dengan peserta berasal dari Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia, Asosiasi RS Gigi dan Mulut Pendidikan Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran

Indonesia, Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia, RS Universitas Indonesia, Tim Kerja Hukum Setditjen Pelayanan Kesehatan, dan Tim Kerja RS Pendidikan.

- Pertemuan Penyusunan Indikator Mutu RS Pendidikan

Dalam rangka peningkatan Indikator Mutu RS Pendidikan maka diselenggarakan pertemuan dalam bentuk hybrid dengan peserta yang berasal dari RS Pendidikan dan Asosiasi Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia, Asosiasi RS Gigi dan Mulut Pendidikan Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia, Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia pada tanggal 16 Oktober 2023.

Pertemuan ini membahas mengenai kebijakan Rumah Sakit Pendidikan, Kebijakan Kemendikbudristekdikti dalam Peningkatan Mutu Proses Pembelajaran di RS Pendidikan, Kebijakan Kementerian Kesehatan tentang Indikator Mutu dan Pasien Safety di Rumah Sakit, Kebijakan Kementerian Kesehatan tentang Penelitian di Rumah Sakit, Peran Komkordik dalam penjaminan Mutu rumah sakit pendidikan, Penilaian Mutu Sarana dan Prasarana, SDM, Administrasi dan Manajemen, serta Pembiayaan, Penilaian mutu Kurikulum, modul dan strategi pembelajaran di FK/FKG, Penilaian evaluasi penyelenggaraan pendidikan di FK/FKG, Penilaian Evaluasi Kinerja Dosen, Penilaian Persentase kelulusan dari peserta didik di SMF, Penilaian pencapaian kompetensi peserta didik di RS/RSGM.

- Bimbingan Teknis Instrumen Penilaian RS Pendidikan

Sehubungan dengan terbitnya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2023 tentang Instrumen Penilaian RS Pendidikan dan Rasio Jumlah Dosen dengan Mahasiswa di Rumah Sakit Pendidikan, Tim Kerja RS Pendidikan melaksanakan bimbingan teknis yang diselenggarakan baik luring maupun daring. Peserta bimbingan teknis merupakan rumah sakit penyelenggara pendidikan yang belum ditetapkan sebagai RS Pendidikan dan kegiatan dilaksanakan dalam bentuk daring maupun luring.

- Workshop Academic Health System

Workshop dilaksanakan secara daring pada tanggal 14 Desember 2023 dalam Rangka peningkatan pemahaman dan peran RS Pendidikan, FK/FKG dan Dinas Kesehatan dalam sistem kesehatan akademik untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Narasumber dalam

pertemuan terdiri dari Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Kemendikbud, Pokja AHS, dan Tim AHS per regional. Materi yang disampaikan diantaranya Peran penting dan potensi kebermanfaatan implementasi AHS bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, Kebijakan Ditjen Nakes pada pemenuhan SDM Kesehatan berbasis AHS Kewilayahan, Kebijakan Kemendikbudristek dalam mendukung penerapan Tridarma (pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat) di rumah sakit pendidikan, dan Evaluasi Implementasi AHS dalam peningkatan Mutu Pelayanan RS Pendidikan dan Penelitian di Wilayah 1-6.

c. Pendidikan Berbasis Rumah Sakit

Sehubungan dengan arahan Menteri Kesehatan untuk mendukung Transformasi Sumber Daya Kesehatan dan implementasi UU Kesehatan yaitu peningkatan jumlah dokter spesialis maka dibutuhkan tambahan skema peningkatan jumlah peserta Pendidikan dokter spesialis yang lain selain Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) berbasis universitas (university based) yaitu Program Pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit. Dalam rangka menindaklanjuti arahan tersebut, maka Kementerian Kesehatan menugaskan 6 rumah sakit vertikal sebagai pilot pelaksanaan program spesialis/subspesialis berbasis rumah sakit (hospital based). Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan sebagai salah satu anggota Pokja Hospital-Based bertanggungjawab dalam penetapan/perizinan, akreditasi, serta penyusunan pedoman Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSP-PU). Beberapa kegiatan yang telah dilakukan yaitu:

- Benchmarking Program Pendidikan Residensi di Amerika Serikat

Study Visit Program pendidikan residensi di Amerika Serikat dilaksanakan pada tanggal 30 Juli 2023 dengan melibatkan 31 delegasi dari Kementerian Kesehatan, Kolegium, Direktur Utama Rumah Sakit, Perguruan Tinggi, KKI dan Eksternal. Output dari pertemuan ini adalah komparasi program residensi di luar negeri dengan Indonesia serta rekomendasi terkait rencana kebijakan, set-up pelaksanaan, sistem informasi, perizinan, rekrutmen, dan implementasi program pendidikan spesialis berbasis rumah sakit.

- Pemantauan dan Evaluasi Pendidikan Spesialis/Subspesialis di Rumah Sakit

Kegiatan pemantauan dan Evaluasi bertujuan untuk meninjau kesiapan pembukaan program pendidikan dokter spesialis, memastikan terkait rotasi pendidikan, pembiayaan, dan rumah sakit jejaring serta pendampingan untuk visitasi Kolegium. Pada tahun 2023 telah dilakukan monev RSP-PU sebanyak 6 kali yaitu Kunjungan kesiapan Implementasi College Based di Rumah Sakit Kanker Dharmais pada tanggal 4 Agustus 2023, Kunjungan kesiapan Implementasi College Based di Rumah Sakit Cicendo pada tanggal 2-3 Agustus 2023, Kunjungan kesiapan Implementasi College Based di Rumah Sakit PON Dr. Mahar Mardjono pada tanggal 27 Juli 2023, Kunjungan kesiapan Implementasi College Based RSAB Harapan Kita dan RSJPD Harapan Kita pada tanggal 31 Juli 2023, Kunjungan kesiapan Implementasi College Based di RS PMN Cicendo pada tanggal 3-4 Oktober 2023, Kunjungan kesiapan Implementasi College Based di RSO Soeharso pada tanggal 31 Agustus - 1 September 2023. Output dari kegiatan monev RSP-PU yaitu berita acara visitasi bersama kolegium dan rekomendasi perbaikan dalam penyelenggaraan pendidikan.

- Fasilitasi Penyelenggaraan Pendidikan Spesialis/Subspesialis di Rumah Sakit

Fasilitasi Penyelenggaraan PPDS berupa pendampingan kepada RSP-PU dalam memenuhi persyaratan penyelenggaraan pendidikan seperti akreditasi, uji persyaratan dari kolegium, serta perhitungan pembiayaan pendidikan.

d. Penyusunan NSPK Sel Punca

Penyusunan NSPK Sel Punca terdiri dari kegiatan persiapan penyusunan dan penyusunan draft NSPK yang diselenggarakan secara hybrid. Jumlah peserta setiap kegiatan 20 orang yang terdiri dari Komite Sel Punca dan Sel, Tim Kerja Hukum Setditjen Yankes, Biro Hukum Kemenkes, Anggota Kolegium, serta Tim Kerja Teknologi Kesehatan dan Tim kerja RS Pendidikan. Output dari penyusunan NSPK Sel Punca adalah Draft Standar Pelayanan Terapi Berbasis Sel di bidang Orthopaedi, Bedah Plastik, Neurologi, Bedah Saraf, Bedah Mulut serta Dermatovenerologi dan estetika.

e. Pelaksanaan Program TRB di Rumah Sakit

Dalam rangka pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan program TRB di Rumah Sakit yang sudah memiliki izin sesuai dengan Bab VI dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 Tahun 2015 maka dilaksanakan

kegiatan Pertemuan Koordinasi Pelayanan TRB. Tujuan pertemuan ini adalah evaluasi penyelenggaraan TRB serta mendiskusikan isu terkait pelayanan TRB diantaranya Upaya peningkatan siklus TRB, Usulan Standar Rumah Sakit Khusus fertilitas, Kompetensi Androlog dalam penanganan fertilitas pria serta pengembangan karir tenaga kesehatan embriolog. Kegiatan ini dilakukan secara hybrid dengan mengundang Tim Kerja Hukum Setditjen Yankes, Organisasi Profesi Terkait PERFITRI dan ISHE, Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Direktorat Pembinaan dan Pengawasan Tenaga Kesehatan serta lintas program/sektor terkait.

i. Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu

1) Definisi Operasional

Persentase fasyankes rujukan (RS, Laboratorium Kesehatan & UTD) yang memenuhi standar mutu pelayanan kesehatan, meliputi perizinan, registrasi akreditasi dan mencapai target minimal 80% indikator dari seluruh INM yang wajib diukur oleh Fasyankes tersebut secara berkala, didapat dari laporan yang lengkap dan berkala. Fasyankes rujukan di sini adalah Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

2) Cara Penghitungan

Cara menghitung dan mengukur indikator ini dengan menggunakan *baseline* jumlah fasyankes rujukan teregistrasi pada Desember tahun 2022, yakni sejumlah 4.102 fasyankes rujukan yang terdiri atas 3.075 Rumah Sakit, 819 Laboratorium Kesehatan, dan 208 Unit Transfusi Darah.

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif Fasyankes Rujukan yang memenuhi standar mutu pelayanan kesehatan}}{\text{Jumlah kumulatif fasyankes rujukan yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan (Sesuai Baseline : 4.102)}} \times 100\%$$

Adapun penggunaan angka *baseline* Desember 2022 untuk capaian tahun 2024 didasarkan pada:

- a) Pasal 3 Ayat (3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2022 tentang Akreditasi Rumah Sakit yang menjelaskan bahwa akreditasi dilakukan oleh Rumah Sakit paling lambat setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali.
- b) Pasal 3 Ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit

Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang menjelaskan bahwa akreditasi dilakukan paling lambat setelah Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh perizinan berusaha untuk pertama kali.

Dengan demikian, fasyankes rujukan (RS, Labkes, dan UTD) yang wajib melaksanakan akreditasi pada akhir tahun 2024 merupakan fasyankes rujukan yang telah teregistrasi sejak akhir tahun 2022.

3) Rencana Aksi untuk mencapai target

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- c) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
- d) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- e) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
- f) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Fasyankes Rujukan.
- g) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah terintegrasi.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
 - (1) Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
 - (2) Penetapan Tarif Survei Akreditasi (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/110/2023).
 - (3) Penetapan Revisi Standar Akreditasi Rumah Sakit (Kepmenkes Nomor: HK.01.07/MENKES/1596/2024)
 - (4) Penetapan Standar Akreditasi Unit Transfusi Darah (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1313/2023).

- (5) Penetapan Instrumen Survey Akreditasi Labkes (Kepdirjen No 02.02/D/632/2023)
 - (6) Penetapan Instrumen Survey Akreditasi UTD (Kepdirjen No 02.02/D/15603/2023)
 - (7) Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
 - (8) Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023).
 - (9) Penetapan Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit (Kepdirjen Yankes Nomor HK.02.02/D/43961/2024).
 - (10) Penetapan Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, serta Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Lain (Kepdirjen Yankes Nomor HK.02.02/D/39212/2024).
- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
- (1) Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
 - (a) Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terkait pengembangan sistem informasi pendukung penyelenggaraan akreditasi (SINAR, SINAF, Mutufasyankes, SIMAR)
 - (b) Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait pemenuhan ASPAK.
 - (c) Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan terkait Pelayanan Darah dan Rumah Sakit
 - (d) Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat terkait dengan laboratorium Kesehatan Masyarakat
 - (e) Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
 - (f) *Digital Transformation Office* Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.
 - (g) Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Palang Merah Indonesia dan BPJS Kesehatan.
 - (2) Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah dengan Lembaga Penyelenggara Akreditasi, sejumlah asosiasi Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah dan organisasi profesi terkait.

- c) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
 - (1) Penetapan kurikulum pelatihan calon surveior akreditasi Unit Transfusi Darah.
 - (2) Pelaksanaan *Training of Trainer* (TOT) bagi calon surveior akreditasi Unit Transfusi Darah secara hybrid.
 - (3) Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveiyor melalui Uji Kompetensi.
- d) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
 - (1) Workshop kepada Dinas Kesehatan dan fasyankes mengenai keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
 - (2) Bimbingan teknis terkait pencapaian target INM dan pelaporan IKP di Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
 - (3) Pendampingan akreditasi di Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah
- e) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
 - (1) Pemantauan dan Evaluasi implementasi standar dan petunjuk teknis survei akreditasi di Rumah Sakit
 - (2) Pemantauan dan Evaluasi kepada surveior akreditasi dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA)
- f) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
 - (1) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil Pengukuran dan Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) di Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
 - (2) Sosialisasi, Bimbingan Teknis, dan Diseminasi hasil pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
 - (3) Pemantauan dan Evaluasi Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit terkait Evaluasi pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
 - (4) Penyampaian Evaluasi dan umpan balik terhadap Pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Rumah Sakit setiap triwulan.

- g) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah terintegrasi.

Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi dengan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (SINAF).

5) Pencapaian Kinerja

Indikator persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu pelayanan kesehatan sebagai indikator komposit, terdiri atas:

- 1) Persentase RS terakreditasi
- 2) Presentase Laboratorium kesehatan terakreditasi
- 3) Persentase Unit Transfusi Darah (UTD) terakreditasi

Ketiga komponen tersebut dapat dijadikan dasar penyusunan, karena setiap fasyankes rujukan yang telah terakreditasi maka telah melalui proses perizinan, registrasi, Indikator Nasional Mutu mencapai target, melaporkan Insiden Keselamatan Pasien, dan terakreditasi.

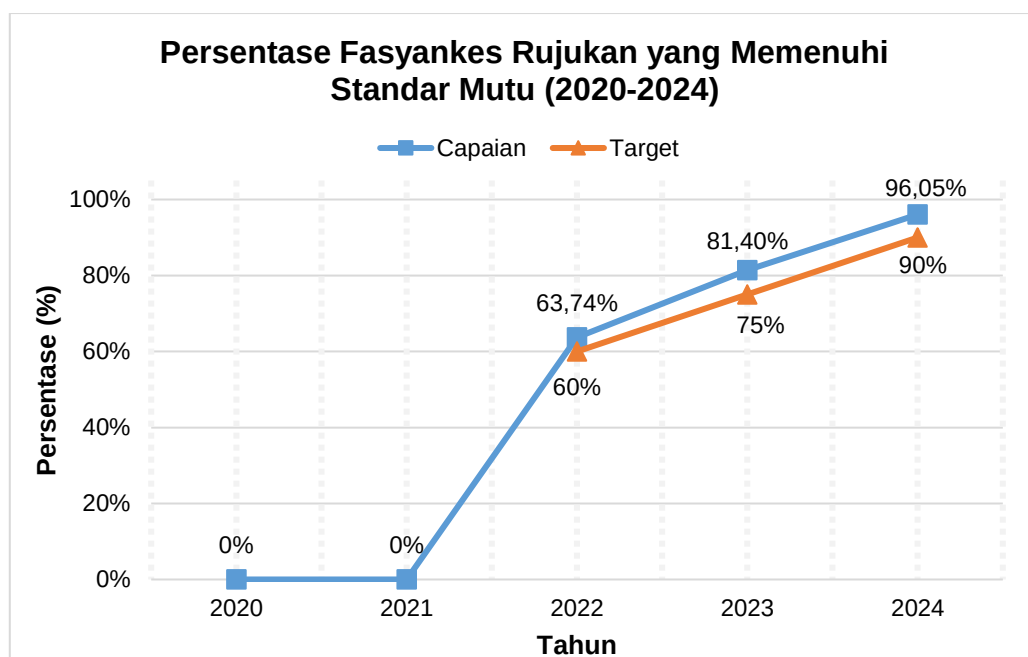
Tabel 3.8 Capaian Presentase Fasyankes Rujukan yang memenuhi standar mutu pelayanan kesehatan 2024

Jenis Indikator	Indikator	Target 2024	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Presentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu pelayanan kesehatan, meliputi : • Perizinan • Registrasi • Mencapai target INM • Melakukan pelaporan IKP • Akreditasi	90% (3.692)	96,05% (3.940)	106,72%	Baseline data = 4.102 (3.075 RS, 819 Labkes, 208 UTD) Jumlah fasyankes rujukan memenuhi standar mutu = 3.940 RS = 3.080 Labkes = 737 UTD = 123

Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit) dan SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

6) Analisis Capaian Kinerja

Analisis dari pencapaian di atas ditampilkan sebagai berikut.



Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit) dan SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Grafik 3.7 Capain Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu Tahun 2020-2024

Jumlah total fasilitas pelayanan kesehatan rujukan (RS, Labkes, UTD) adalah sebanyak 4.102 yang terdiri atas 3.075 Rumah Sakit, 819 Laboratorium Kesehatan, dan 208 Unit Transfusi Darah. Target capaian indikator fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu pada tahun 2024 adalah **sebesar 90% atau 3.692 fasyankes rujukan dengan pencapaian pada akhir 2024 sebesar 96,05% atau 3.940 fasyankes rujukan.**

7) Analisis Capaian Kinerja Tahun 2024 Dibandingkan 2023

Tabel 3.9 Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu dengan Persentase Rumah Sakit Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Judul Indikator	2023			2024		
	Target	Capaian	Persentase Realisasi	Target	Capaian	Persentase Realisasi
Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu	75%	81,4%	108,53%	90%	96,05%	106,72%

Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit) dan SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Merujuk pada tabel di atas, capaian kinerja indikator persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu tahun 2023 dibandingkan dengan tahun 2024 menunjukkan adanya konsistensi pencapaian yang melampaui target. Pada 2023, persentase capaian terhadap target adalah $81,4\%/75\% = 108,5\%$.

Sementara pada tahun 2024 terjadi peningkatan kinerja yaitu menjadi 96,05%/90%= 106,7%. Meskipun secara persentase antara target dengan capaian menunjukkan penurunan, namun indikator kinerja program ini tetap melampaui target.

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

Pada tahun 2022 diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Indikator Kinerja Program (IKP) Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu merupakan indikator yang baru muncul pada Permenkes No. 13 Tahun 2022 tersebut. Indikator tersebut menggantikan IKP Persentase RS Terakreditasi pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2020.

Tabel 3.10 Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu dengan Persentase Rumah Sakit Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Judul Indikator	2020			2021			2022			2023			2024		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase rumah sakit terakreditasi	80%	88,4%	110,5%	85%	88,4%	104%									
Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu							60%	63.7%	106,2%	75%	81.4%	108,5%	90%	96,05%	106,7%

Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit) dan SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Merujuk pada tabel di atas, sejak tahun 2022 hingga 2024, indikator kinerja program Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu konsisten untuk selalu melampaui target yang ditetapkan. Pencapaian ini didukung secara komposit/akumulasi dari RS terakreditasi, Laboratorium Kesehatan terakreditasi, dan Unit Transfusi Darah terakreditasi.

9) Analisis Capaian Kinerja 2024 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2020-2024:

Tabel 3.11 Perbandingan Indikator Kinerja Program: Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu dengan Persentase Rumah Sakit Terakreditasi (Target & Capaian Tahun 2020-2024)

Judul Indikator	2020			2021			2022			2023			2024		
	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi	Target	Capaian	Realisasi
Persentase rumah sakit terakreditasi	80%	88,4%	110,5%	85%	88,4%	104%									
Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu							60%	63.7%	106,2%	75%	81.4%	108,5%	90%	96,05%	106,7%

Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit) dan SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes), 2024

Berdasarkan tabel di atas, sejak tahun 2022 hingga 2024, indikator kinerja program Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu konsisten untuk selalu melampaui target yang ditetapkan. Pencapaian ini didukung secara komposit/akumulasi dari RS terakreditasi, Laboratorium Kesehatan terakreditasi, dan Unit Transfusi Darah terakreditasi. Realisasi kinerja pada tahun 2024 mengalami penurunan, namun tetap melampaui target dan mencapai angka 106,7% jika capaian indikator dibandingkan dengan target.

10) Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Standar Nasional

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembanding (*benchmarking*) pada realisasi kinerja tahun 2024 untuk indikator ini.

11) Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target indikator kinerja program Persentase Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu antara lain:

- Diperlukan pengembangan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes (SINAF) untuk penyelenggaraan akreditasi laboratorium kesehatan dan UTD mulai dari pendaftaran hingga penerbitan e-sertifikat.
- Masih terdapat laboratorium kesehatan dan UTD yang belum memiliki izin berusaha dan belum teregistrasi
- Standar akreditasi UTD ditetapkan pada April 2023, akreditasi bagi UTD dilakukan pertama kali pada tahun 2023, sehingga memerlukan waktu untuk sosialisasi dan persiapan.
- Data laboratorium kesehatan yang mengalami perubahan sehingga berpengaruh terhadap perhitungan pencapaian target.
- Laboratorium Kesehatan menjadikan sertifikasi ISO sebagai prioritas jika dibandingkan dengan akreditasi oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA).

12) Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut di atas maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Penyempurnaan Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes yang nantinya akan digunakan untuk penyelenggaraan akreditasi laboratorium kesehatan dan UTD sejak pendaftaran hingga penerbitan e-sertifikat.
- b) Melakukan percepatan untuk izin berusaha dan registrasi Labkes dan UTD.
- c) Meningkatkan keterlibatan Dinkes Provinsi, Kab/Kota dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di fasyankes, khususnya Labkes dan UTD.
- d) Mengalokasikan DAK Non Fisik untuk Fasyankes (RS dan Labkes) dan Dana Dekonsentrasi untuk Dinas Kesehatan Propinsi dalam rangka pengawasan dan pembinaan peningkatan mutu pelayanan dan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan mutu di wilayah masing-masing.
- e) Melakukan sosialisasi dan advokasi dengan pemerintah daerah, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota dilakukan secara hybrid.
- f) Melakukan penyusunan kebijakan untuk mendukung percepatan akreditasi Labkes dan Unit Transfusi Darah terkait konsekuensi apabila tidak diakreditasi.

13) Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Pencapaian indikator Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu sangat didukung oleh jumlah Rumah Sakit yang terakreditasi, karena capaian yang tinggi dan mendominasi dengan proporsi sejumlah 3080 RS terakreditasi. Meski demikian, terdapat kontribusi Laboratorium Kesehatan terakreditasi sejumlah 737 Lab dan Unit Transfusi Darah terakreditasi sejumlah 123 UTD.

Sebagaimana disampaikan pada poin-poin sebelumnya, realisasi pencapaian indikator fasyankes rujukan memenuhi standar mutu ini mencapai 106,7%. Hal tersebut disebabkan oleh:

- a) Telah ditetapkan denominator pada Desember 2022 seperti disebutkan dalam bagian cara perhitungan. Hal ini mempengaruhi jumlah fasyankes yang digunakan sebagai denominator. Sebagai contoh, RS terakreditasi sejumlah 3.080 pada TA 2024, sedangkan denominatornya hanya 3.075. Ini berarti terdapat 5 RS yang sudah terakreditasi sebelum 2 tahun terbitnya izin operasional, dan kondisi ini bukan hal yang negatif, karena ini menunjukkan kesiapan RS untuk melaksanakan akreditasi sebelum tenggat waktu dispensasi 2 tahun yang diberikan habis.
- b) Target capaian pada akhir periode renstra 2020-2024 adalah 90%, sedangkan capaian indikator ini adalah 96,05%. Mengingat angka ini tidak

melebihi 120% dan masih *on track* secara pencapaian, hal ini juga bukan merupakan hal negatif, tetapi merupakan untuk melampaui target capaian yang telah ditetapkan.

Keberhasilan mencapai akreditasi rumah sakit didukung oleh:

- a) Transformasi sistem akreditasi rumah sakit yang dimulai pada tahun 2022 dengan penetapan 6 lembaga independen penyelenggara akreditasi, penetapan standar akreditasi rumah sakit, petunjuk teknis survey akreditasi rumah sakit, tarif survey, kurikulum dan modul pelatihan, oleh Kementerian Kesehatan.
- b) Pelatihan surveyor secara besar-besaran pada 2022 – 2023
- c) Advokasi *one on one* dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/kota.
- d) Percepatan akreditasi untuk RS juga didukung oleh tersalurkannya DAK Non Fisik untuk pelaksanaan akreditasi bagi RS D Pratama yang terpilih sesuai kriteria pada pedoman pelaksanaan DAK Non Fisik TA 2024.

14) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Tabel 3.12 Perhitungan Efisiensi Pencapaian Indikator Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu Tahun 2024

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 Fasyankes Rujukan yang memenuhi standar mutu	6.711.535.000	1.07	7.162.699.297	6.517.466.162	0.10

Sumber data: SINAF, SINAR, dan SAKTI, 2024

Mengacu pada perhitungan efisiensi sesuai penyajian Laporan Kinerja KemenPANRB, rumus untuk efisiensi sumber daya adalah:

$$\text{Efisiensi} = \% \text{ Realisasi Kinerja} - \% \text{ Realisasi Anggaran}$$

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan rumus tersebut, maka diperoleh nilai efisiensi indikator FKTP Terakreditasi sebesar 10% (Sepuluh persen) yang berarti terjadi efisiensi sebesar 10% pada pencapaian indikator Fasyankes Rujukan yang Memenuhi Standar Mutu.

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan

Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi kebijakan menjadi lebih luas.

Pelaksanaan akreditasi Rumah Sakit sudah terintegrasi dengan baik menggunakan SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit), selain itu Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah sudah menggunakan aplikasi SINAF (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Fasyankes) dan DFO (Data Fasyankes Online) yang terbridging dengan Lembaga Penyelenggara Akreditasi (LPA), sehingga penilaian, pelaporan dan penandatanganan sertifikat akreditasi dilakukan secara elektronik. Sehingga dapat mempercepat waktu pelaksanaan, hasil penilaian, penetapan kelulusan akreditasi puskesmas dan waktu tunggu terbit sertifikat.

15) Analisis Program/Kegiatan yang Mendukung Pencapaian Keberhasilan/Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Program-program yang dilakukan untuk mendukung pencapaian target kinerja indikator persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu adalah sebagai berikut:

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
- c) Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveiyor melalui Uji Kompetensi.
- d) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- e) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan (Fasyankes dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi)
- f) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di fasyankes rujukan.
- g) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah terintegrasi.

j. Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri (Dit. PKR)

1) Definisi Operasional

Persentase pasien WNI yang berobat ke Malaysia dan Singapura dari 5 provinsi, yaitu: Provinsi Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat

2) Cara Perhitungan

Jumlah WNI yang berobat di Malaysia dan Singapura yang berasal dari 5 provinsi pada tahun berjalan dibagi jumlah WNI yang berkunjung ke Malaysia dan Singapura dari 5 provinsi pada tahun berjalan dikali 100

3) Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

- Rapat koordinasi dengan stakeholder terkait
- Pertemuan Identifikasi Pelayanan RS di Indonesia
- Koordinasi usulan upaya penurunan WNI berobat ke luar negeri

4) Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- RS vertikal/ RSUD tingkat provinsi dipersiapkan untuk memiliki layanan unggulan khusus pasien pasien WNI yang berobat ke LN
- Telah diajukan pengajuan variabel tambahan berupa tujuan dan maksud kepergian luar negeri kepada Direktorat Surveillens dan Karantina Kesehatan melalui surat laik terbang dan surat ijin mengantar orang sakit
- Telah dilaksanakan pertemuan yang membahas usulan upaya dalam menurunkan WNI berobat ke luar negeri dengan mengundang RS terdekat PLBN 5 Provinsi, Direktorat Takelkesmas, Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan, Organisasi profesi, RS Swasta

5) Pencapaian Kinerja

Banyaknya WNI yang berobat ke luar negeri untuk memperoleh pelayanan yang modern dan komprehensif. Pelayanan di luar negeri dianggap jauh lebih baik, biaya lebih murah, bahkan memikirkan aspek akomodasi dan keluarga pasien yang mengantar. Hal tersebut berdampak kepada devisa negara. Landasan indikator ini selain melihat pendataan WNI yang berobat ke luar negeri juga menjadi evaluasi pelayanan kesehatan di Indonesia. Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri dengan target 10%, pada tahun 2024 tercapai sebesar 0,13%

6) Analisa Capaian Kinerja

Tabel Izin Sakit WNI tahun 2024

Provinsi	BKK	Negara Tujuan	Periode		Total
			Semester 1	Semester 2	
ACEH	Banda Aceh			1	1
		MALAYSIA		1	
SUMATERA UTARA	Medan			42	42
		MALAYSIA		31	

		SINGAPOR E		11	
Provinsi RIAU	Dumai		2	19	21
		MALAYSIA	2	19	
	Pekanbaru		61	96	157
		MALAYSIA	54	85	
		SINGAPOR E	7	11	
KEPULAUAN RIAU	Batam			88	88
		MALAYSIA		56	
		SINGAPOR E		32	
	Tanjung Balai Karimun		9	24	33
		MALAYSIA	7	20	
		SINGAPOR E	2	4	
	Tanjung Pinang		14	48	62
		MALAYSIA	10	33	
		SINGAPOR E	4	15	
KALIMANTAN BARAT	Entikong		80	176	256
		MALAYSIA	80	176	
	Pontianak		4	7	11
		MALAYSIA	2	3	
		SINGAPOR E	2	4	
TOTAL					671

Tabel Izin Laik Terbang WNI Tahun 2024

Provinsi	BKK	Negara Tujuan	Periode		TOTAL
			Semester 1	Semester 2	
ACEH	Banda Aceh			654	654
		MALAYSIA		654	
SUMATERA UTARA	Medan			1960	1960
		MALAYSIA		1884	
		SINGAPORE		76	
Provinsi RIAU	Pekanbaru			238	238
		MALAYSIA		215	
		SINGAPORE		23	
KEPULAUAN RIAU	Batam			90	90
		MALAYSIA		88	
		SINGAPORE		2	
KALIMANTAN BARAT	Pontianak			2	2
		MALAYSIA		1	
		SINGAPORE		1	

Perhitungan capaian indikator dengan catatan berikut:

Sumber data numerator = 3.615 WNI (Jumlah WNI yang berobat ke Malaysia Singapura di tahun berjalan dari 5 provinsi tahun 2024 → data Izin Sakit dan Izin Laik Terbang dari Direktorat SKK Kemenkes)

Sumber data denominator = 2.839.102 WNI (Jumlah WNI yang berkunjung ke Malaysia Singapura di tahun berjalan dari 5 provinsi tahun 2023 dari Direktorat Jenderal Imigrasi Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia)

* Kami sudah mengirimkan surat permintaan data ke Ditjen Imigrasi serta mengunjungi langsung ke kantor Imigrasi. Namun, hingga LAKIP ini disusun kami tidak memperoleh data kunjungan WNI ke luar negeri tahun 2024 dari Ditjen Imigrasi akibat dari serangan ransomware (*force majeure*) sehingga kami menggunakan data kunjungan tahun 2023.

Perhitungan capaian IKP

= Jumlah WNI yang berobat ke Malaysia Singapura di tahun berjalan dari 5 provinsi dibagi Jumlah WNI yang berkunjung ke Malaysia Singapura di tahun berjalan dari 5 provinsi dikali 100 %

= 3.615 WNI dibagi 2.839.102 dikali 100%

= 0,13 %

7) Permasalahan

- Belum ada pencatatan data yang real, variable data yang ada belum lengkap dan aplikasi penjaringan data terkait kunjungan (khususnya kepada negara bebas visa) dan data WNI berobat keluar negeri
- Sulitnya memperoleh data kunjungan dari Ditjen Imigrasi
- Terbatasnya data yang diperoleh karena penjaringan data WNI yang berobat ke luar negeri terbatas hanya dari data Direktorat SKK, dimana tidak semua WNI berobat melalui jalur Balai Karantina Kesehatan
- WNI yang keluar berobat keluar negeri merupakan hak warga negara yang sulit untuk dikendalikan
- Banyaknya keterlibatan pihak lain dalam rangka peningkatan pariwisata kesehatan di Indonesia

8) Upaya Pemecahan Masalah

- Bersurat ke Dirjen Imigrasi terkait permintaan data kunjungan

- Membangun sistem pencatatan warga negara yang berobat ke luar negeri
- Komitmen kuat dan konsisten setiap stakeholder terkait termasuk dukungan anggaran untuk meningkatkan pariwisata kesehatan di Indonesia

9) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar 1440,1 dengan rincian perhitungan sebagai berikut

Rumus Efisiensi Sumber Daya

$$\frac{3 \times (4/5) - 6 \times 100}{3}$$

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri	Rp 265.415.000,-	2 %	0,13%	Rp 260.944.511,-

10) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program				
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri	2 %	0,13	1538

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

Realisasi 2021	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Realisasi 2024
N/A	2,07	0,67	0,13

Realisasi tahun 2024 menunjukkan terdapat penurunan persentase WNI berobat ke luar negeri (Malaysia dan Singapura) dibandingkan tahun 2023

12) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Target 2024	Realisasi 2024	Realisasi 2023	Realisasi 2022
2	0,13	0,67	2,07

Realisasi tahun 2024 melampaui target jangka menengah (realisasi indikator ini semakin menurun semakin baik).

13) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target Nasional	Realisasi 2024
2	0,13

Realisasi tahun 2024 melampaui target nasional (realisasi indikator ini semakin menurun semakin baik).

14) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

- Data kunjungan warga negara yang keluar negeri berada di Kementerian lain dan sulit diakses.
- Tidak adanya sistem pencatatan yang real dan terintegrasi mengenai data WNI berobat keluar negeri
- Sulit untuk mengontrol hak warga negara untuk berobat di luar negeri
- Tantangan yang tinggi dan kompleks dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia

15) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

- Direktorat SKK telah membantu mencantumkan variabel alasan dan tujuan negara kemana warga negara berpergian

Beberapa stakeholder komitmen untuk meningkatkan wisata kesehatan di Indonesia seperti Kementerian Pariwisata dan Organisasi Profesi

k. Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional (Dit. TKPK)

1. Definisi Operasional

Jumlah rumah sakit vertikal yang mengembangkan layanan unggulan melalui kerja sama internasional dengan rumah sakit atau Institusi kesehatan luar negeri.

2. Cara Perhitungan

Jumlah RS Vertikal yang memiliki minimal 1 layanan unggulan setara internasional.

Penjelasan : Cara menghitung dan mengukur indikator ini adalah dengan menghitung jumlah rumah sakit vertikal yang telah melakukan kerja sama luar negeri dengan rumah sakit atau institusi Kesehatan luar negeri berdasarkan pembuktian adanya dokumen kerjasama luar negeri seperti Letter of Intent (LoI), Memory of Understanding (MoU), Implementing Agreement (IA), dan sebagainya.

3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

1. Menyusun pedoman kerja sama luar negeri rumah sakit
2. Melakukan sosialisasi dan advokasi program kerja sama luar negeri kepada pemangku kepentingan lain di lintas sektor atau Kementerian / Lembaga.
3. Melakukan pendampingan upaya penjajakan kerjasama hingga tercapainya kesepakatan dalam menandatangani dokumen kerja sama.
4. Melakukan pembinaan program kerja sama luar negeri.
5. Melakukan monitoring dan evaluasi selama kurun waktu proses kerja sama berjalan.

4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Pencapaian target indikator “RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional” dilakukan bersama dan melalui koordinasi dengan rumah sakit vertikal, dengan upaya yang disesuaikan dengan tugas dan fungsi masing-masing sesuai peraturan yang berlaku. Upaya yang dilakukan oleh Direktorat TKPK mengacu pada Permenkes nomor. 5 tahun 2022, dan KMK nomor HK.01.07/Menkes/1332/2022, khususnya tugas dan fungsi terkait kerja sama luar negeri bidang pelayanan kesehatan.

- a) Dalam rangka optimalisasi pencapaian target pada tahun 2024, diperlukan adanya kesesuaian antara redaksi indikator, redaksi definisi operasional, dan bukti capaian target yang diharapkan sesuai yang tertuang dalam transformasi layanan rujukan yaitu “Kemitraan dengan World Top Health Care Centre”, maka telah disampaikan usulan perubahan DO pada IKP dengan menambahkan salah satunya memiliki kerjasama dengan RS luar negeri, sudah ditetapkan sebagai RS pengampu layanan prioritas baik nasional maupun regional, RS merupakan RS pendidikan dan RS memiliki rencana strategis dalam menetapkan layanan unggulannya.

- b) Mengumpulkan data untuk rumah sakit vertikal yang berpotensi memiliki layanan unggulan yang dapat bertaraf internasional dengan melakukan analisa visi dan misi RS sampai rencana bisnis strategis RS, pendataan kerja sama RS dengan RS atau institusi kesehatan luar negeri terkait peningkatan kompetensi SDM berbentuk *fellowship* dan kerja sama dengan RS luar negeri.
- c) Melakukan penyusunan feasibility study untuk menetapkan layanan unggulan RS.
- d) Melakukan sosialisasi dan advokasi bagi rumah sakit untuk bekerjasama dengan luar negeri yang dapat mendukung layanan unggulan RS tersebut dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan RS.
- e) Melakukan advokasi, fasilitasi dan atau penjajakan, negosiasi, diskusi dengan Lintas Sektor (Kemenlu, KBRI), dan pihak mitra asing (Kedubes negara terkait, RS di LN dan atau institusi kesehatan di luar negeri), agar dapat melakukan kerja sama dengan RS vertikal.
- f) Melakukan pendampingan dalam penyusunan dokumen kerja sama luar negeri rumah sakit (proposal, lol, MoU dan lain-lain).
- g) Memfasilitasi proses koordinasi dan komunikasi (tertulis dan atau komunikasi langsung) dengan pihak mitra luar negeri dalam rangka pembahasan dan atau penyampaian dokumen kerja sama.
- h) Memfasilitasi penyelesaian masalah dalam proses terwujudnya kerja sama dan atau dalam proses implementasi kerja sama.

21	RSJ Soerojo Magelang	Mental Health	NTUH (National Taiwan University Hospital)
22	RS Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang	Geriatric Psychiatry	NTUH Taiwan
23	RSUP H. Adam Malik	Transplantasi Hati, Oncologi, Oncology	PYUNH (proses perpanjangan) SUH
24	RS Tadjudin Chalid Makassar	Geriatric	Hiroshima University Hospital
25	RS Mata Makassar	Glaucoma	Hiroshima University Hospital
26	RS Otak M. Hatta Bukittinggi	Rehabilitasi Medic (Poststroke)	Monash Health Australia
27	RSP Rotinsulu Bandung	Respiratory and Lung	Monash Health Australia
28	RSO Soeharso Surakarta	Orthopedic	Monash Health Australia
29	RSP Ario Wirawan	Kanker Paru	Monash Health Australia and Peter Mc Callum

- i) Melakukan Monitoring dan Evaluasi implementasi kerja sama luar negeri sakit.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian kinerja untuk indikator kinerja program ini adalah sebesar 29 Rumah Sakit Vertikal dari target sebesar 34 Rumah Sakit Vertikal.

6. Analisa Capaian Kinerja

Analisa capaian kinerja diperoleh dengan merujuk pada kriteria capaian yang ditetapkan sebelumnya, serta melakukan koordinasi dengan rumah sakit dan unit terkait di Kementerian Kesehatan. Hal tersebut dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa pencapaian indikator dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu:

- Kerja sama yang dilakukan adalah merupakan kesepakatan antara Kementerian Kesehatan dengan rumah sakit atau institusi Kesehatan luar negeri yang dituangkan dalam dokumen kerja sama yang ditanda tangani para pihak terkait. Implementasi kerja sama tersebut kemudian didelegasikan kepada rumah sakit vertikal sesuai preferensi lingkup bidang kerja sama yang dituangkan dalam bentuk dokumen perjanjian implementasi kerja sama masing-masing rumah sakit vertikal dengan pihak rumah sakit dan atau institusi terkait. Dalam konteks pendekatan ini, capaian target yang dihitung adalah berdasarkan dokumen perjanjian kerja sama rumah sakit yang memanfaatkan kerja sama ini.
- Pendekatan kedua berdasarkan inisiasi dan kebutuhan dari rumah sakit vertikal yang melakukan kerja sama dengan rumah sakit atau institusi Kesehatan luar negeri. Kedua cara ini cukup efektif dalam percepatan pencapaian target.

7. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang

$$\frac{3 \times (5/4) - 6 \times 100}{3}$$

dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah -10% dengan rincian perhitungan sebagai berikut :

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan	1.164.433.000	34	29	1.106.450.946

	unggulan internasional				

8. Membandingkan indikator Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program	Target	Capaian	Persentase Capaian
Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	34 RS	29 RS	85,29%

Untuk kinerja program strategis “Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional”, dari target indikator tahun 2024 adalah sebesar 34 Rumah Sakit Vertikal, capaian indikator yang diperoleh sebesar 29 Rumah Sakit Vertikal.

9. Membandingkan indikator Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional antara target capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

IKP : Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	2021	2022	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	4.225.465.566	1.103.257.786	1.106.450.946
Target Kinerja	0	12	24	34
Capaian Kinerja	0	12	24	29
Persentase Capaian Kinerja	0	100%	100%	85.29%

10. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024) yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

IKP : Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	2021	2022	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	0	0	0
Target Jangka Menengah	0	0	0	0

Tidak dapat dibandingkan karena tidak ada indikator RPJMN yang menunjang Indikator Kinerja Program Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan.

11. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

IKP : Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	0
Standar Nasional	0	0

Tidak ada yang dapat diperbandingkan antara realisasi kinerja tahun 2024 dengan standar nasional.

12. Permasalahan

Permasalahan dalam pencapaian target indikator “Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional” dipengaruhi oleh kondisi RS Vertikal dan Pihak Rumah Sakit dan Institusi luar negeri yang akan menjadi calon mitra kerja sama sebagai berikut:

- Lamanya waktu proses review teknis, administratif dan birokrasi yang berlaku di pihak calon mitra kerja sama luar negeri, mempengaruhi waktu pencapaian output target kinerja. Umumnya membutuhkan waktu antara 3 bulan sampai 1 tahun.
- Ketersediaan anggaran di Rumah Sakit Vertikal untuk melaksanakan kerja sama dengan Rumah sakit luar negeri, dipengaruhi oleh:

- 1) Status pengelolaan keuangan (BLU/ Non BLU), dan Pendapatan Rumah Sakit Vertikal. Rumah sakit vertikal yang secara finansial belum menunjukkan kinerja keuangan yang baik akan sulit untuk dapat mengembangkan layanan unggulannya melalui kerja sama luar negeri menggunakan dana BLU RS.
 - 2) Siapa yang menginisiasi kerja sama. Jika inisiasi berasal dari kebutuhan rumah sakit, maka umumnya rumah sakit telah membuat perencanaan anggaran untuk implementasi kerja sama tersebut. Namun, jika kerja sama berasal dari penugasan Kementerian Kesehatan yang di lakukan di tahun anggaran berjalan, maka diperlukan waktu bagi rumah sakit untuk melakukan review terhadap alokasi anggaran dengan potensi jika terdapat sumber anggaran yang dimungkinkan untuk re-alokasi maka diperlukan waktu untuk melakukan revisi anggaran tersebut. Namun jika tidak ada, potensinya adalah dilaksanakan di tahun anggaran berikutnya, atau tidak dilaksanakan oleh RS.
- c. Terdapat pembiayaan kerja sama yang bersifat beli jasa, terutama untuk Perjanjian Berkarakter Internasional. Ada beberapa kerja sama yang memberlakukan kerja sama sebagai suatu service agreement (beli jasa) dengan biaya yang besar berdasarkan paket yang didalamnya terdapat beberapa tahapan yang harus dilalui.

13. Usulan Pemecahan Masalah

Terdapat beberapa upaya yang telah dilakukan guna mengatasi kendala dalam pencapaian indikator, yakni penyusunan pedoman kerja sama luar negeri rumah sakit, sosialisasi dan advokasi program kerja sama luar negeri kepada pemangku kepentingan lain di lintas sektor atau Kementerian / Lembaga, pendampingan upaya penjajakan kerjasama hingga tercapainya kesepakatan dalam menandatangani dokumen kerja sama, pembinaan program kerja sama luar negeri, monitoring dan evaluasi selama kurun waktu proses kerja sama berjalan.

14. Analisis penyebab keberhasilan / kegagalan atau peningkatan / penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

Terdapat kendala yang ditemukan dalam pencapaian indikator sasaran strategis ini yaitu diperlukan proses dalam penetapan layanan unggulan, persiapan SDM dan infrastruktur, menetapkan standar layanan dan perlu waktu dalam melakukan penjajakan dengan RS terbaik di luar negeri dalam melakukan kerja sama, **RS membutuhkan penganggaran besar** untuk implementasi yang mana prioritas

penganggaran ini masih dibawah prioritas dengan kebutuhan operasional dan program lainnya di RS .

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

Untuk mencapai keberhasilan capaian indikator dilakukan strategi yakni melakukan advokasi RSV untuk penetapan layanan unggulan sesuai dengan renstra rumah sakit, fasyankes dan perencanaan kerja sama dengan RS luar negeri. Dengan perencanaan yang tepat diharapkan RS sudah dapat memprediksi kebutuhan anggaran utk implementasi kerjasama luar negerinya.

I. Persentase Pengembangan *Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative* (Dit.TKPK)

1. Definisi Operasional

- Hubs: merupakan suatu jejaring kemitraan yang terdiri dari beberapa rumah sakit dan pemangku kepentingan terkait yang mengelola pengumpulan dataset genomic
- Kegiatan BGSI (Bio Medical Genome Science Initiative) : kegiatan pengumpulan data genom manusia yang dilakukan analisis bioinformatika dan dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan (skrining, diagnosis dan ketepatan terapi/ precision medicine)
- Pengembangan hubs : kegiatan registri pasien dengan penyakit tertentu, mengatur penyimpanan spesimen (biobanking) dan pengorganisasian pengelolaan pemeriksaan Human Whole Genome Sequencing (hWGS) di Indonesia, serta pengorganisasian pengembangan kedokteran presisi (precision medicine).

2. Cara Perhitungan

Hubs Biomedical Genome-Based Science Initiative yang memenuhi standar dibagi dengan jumlah Hubs dan dikalikan 100%. Standar yang digunakan dalam menilai hubs terdiri dari : alat, ruang laboratorium, fasilitas biobank, SDM terlatih, metode pemeriksaan yang sesuai dan kegiatan pengembangan hubs.

3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Mendorong pengembangan hubs BGSI yang sudah ditunjuk sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/1141/2022 tentang

penyelenggaraan Biomedical Genome-Based Science Initiative For Precision Medicines dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Berbasis Genomika Untuk Penyakit tertentu.

Hubs yang dimaksud adalah RSCM sebagai hub dibidang penyakit metabolik, RSUP Ngoerah sebagai Hub dibidang aging dan nutrisi, RS Kanker Dharmais sebagai Hub dibidang penyakit kanker, RSPI Sulianti Saroso sebagai Hub dibidang penyakit menular, RSPON Mahar Mardjono sebagai Hub di bidang Penyakit Otak dan Sistem Saraf dan RSUP Sardjito sebagai Hub di bidang penyakit langka.

4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- a. Menyusun pedoman yang dibutuhkan dalam rangka penguatan program BGSi.
- b. Melakukan pendampingan dan pembinaan dalam mengembangkan program BGSi di hub.
- c. Koordinasi dan kerjasama dengan stakeholder terkait dalam pengembangan BGSi
- d. Melakukan monitoring dan evaluasi Hubs selama kurun waktu proses kerja sama berjalan.

Sehubungan dengan upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target indikator program, pada dasarnya Program BGSi merupakan program yang dipegang oleh Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan atau BB Binomika. Hal ini diperkuat dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2023 tentang organisasi dan tata kerja Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan. Dimana pasal 2 berisikan BB Binomika secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh Sekretaris Direktorat Jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh Direktur yang mempunyai tugas dan fungsi di bidang tata kelola pelayanan kesehatan.

5. Pencapaian Kinerja

Pencapaian kinerja untuk indikator kinerja program ini sebesar 100 % dari target yang ditetapkan sebesar 100%

6. Analisa Capaian Kinerja

Capaian kinerja 100% diperoleh dari sembilan (9) Hubs yang ditunjuk pada KMK



Nomor 505 tahun 2023 dalam penyelenggaraannya sudah memenuhi standar dan melakukan pengembangan BGSi dibagi dengan total hubs yang ada sebanyak sembilan (9) hubs. Capaian indikator sampai Desember 2023 telah didapatkan 6 (enam) hubs telah memenuhi standar fasilitas dan melaksanakan kegiatan registri pasien dengan penyakit tertentu, mengatur penyimpanan spesimen (biobanking) dan pengorganisasian pengelolaan pemeriksaan Human Whole Genome Sequencing (hWGS) di Indonesia, serta pengorganisasian pengembangan kedokteran presisi (precision medicine). Sesuai KMK Nomor 505 tahun 2023 terdapat penambahan tiga (3) Hubs dibidang Kesehatan Ibu dan Anak, Penyakit Jantung , dan Jiwa.

7. Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah 5,80 % dengan rincian perhitungan sebagai berikut :

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	

1	2	3	4	5	6
	Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome-based Science Initiative	262.960.000	100	100	247.690.828

8. Membandingkan indikator Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program	Target	Capaian	Persentase Capaian
Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative	100%	100%	100%

Untuk kinerja program “Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative” , dari target indikator tahun 2024 adalah sebesar 100%, capaian indicator yang diperoleh sebesar 100%.

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

IKP : Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative	2021	2022	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	129.593.408	595.783.764	247.690.828
Target Kinerja	0	20	75	100

Capaian Kinerja	0	50	75	100
Persentase Capaian Kinerja	0	250%	100%	100%

10. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024) yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

IKP : : Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome- based Science Initiative	2021	2022	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	0	0	0
Target Jangka Menengah	0	0	0	0

Tidak dapat dibandingkan karena tidak ada indikator RPJMN yang menunjang Indikator Kinerja Program Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan.

11. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

IKP : Persentase Pengembangan Hubs Biomedical Genome-based Science Initiative	2023	2024
Realisasi Kinerja	0	0
Standar Nasional	0	0

Tidak ada yang dapat diperbandingkan antara realisasi kinerja tahun 2024 dengan standar nasional .

12. Permasalahan

- a. Masih diperlukannya beberapa regulasi yang dibutuhkan untuk penguatan BGSI (SK Penetapan Hubs, Tata Laksana pedoman BGSI)
- b. Hub baru yang ditunjuk oleh Menteri (RSUP Persahabatan, RSAB Harapan Kita dan RSJPD Harapan Kita) memerlukan alat dan bahan untuk dapat melakukan pengembangan BGSI termasuk pengolahan hWGS sehingga dibutuhkan pendanaan besar untuk dapat mengoperasikan hub baru.

13. Upaya Pemecahan Masalah

Beberapa upaya yang telah dilakukan dalam mengatasi permasalahan pencapaian indikator diantaranya sebagai berikut :

- a. Penyusunan NSPK terkait BGSI
 - SK Penetapan Hubs BGSI
 - Petunjuk Teknis Tata laksana BGSI yang berisi hak dan kewajiban seluruh pihak yang terlibat, panduan teknis pelaksanaan registrasi, biobank, analisis informasi bio informasi, bio securit dan keamanan data
- b. Advokasi kepada pimpinan RS untuk berkomitmen terhadap penyelenggaraan BGSI
- c. Koordinasi dengan Stakeholder terkait dengan penyediaan sarana prasarana seperti Ditjen Farmalkes, DTO, BB Binomika, BKPK, Ditjen Yankes, Tim BGSI Pusat, PMO Ditjen Yankes, Pusat Strategi Kesehatan dan RS Penyelenggara BGSI
- d. Rapat koordinasi serta melakukan kerjasama terhadap UNDP dalam bentuk hibah untuk pengadaan alat dan bahan untuk Hubs.
- e. Koordinasi dengan Ditjen Yankes dan RS Penyelenggara meminta mengalokasikan anggaran operasional Hubs BGSI ke dalam BLU Rumah Sakit

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

Keberhasilan pencapaian indikator diantaranya:

- Komitmen Pimpinan RS dalam mengusahakan sarana dan prasarana serta alat dan bahan habis pakai
- Komitmen tim teknis di hubs untuk melaksanakan program BGSI di RS
- Komitmen Kementerian Kesehatan dalam mendukung Hubs :
 1. Advokasi kepada pimpinan RS
 2. Bimbingan teknis

3. Pelatihan kapasitas kompetensi SDM untuk tim teknis di Hubs seperti Good Clinical Laboratory Practice
- Dukungan pembiayaan dari berbagai pihak seperti APBN (Ditjen Farmalkes, Dit. TKPK), Hibah, dan BLU RS.

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

Kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja oleh Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan antara lain :

a) Rapat Koordinasi Fasilitasi dan Pembinaan hWGS

Rapat Koordinasi Fasilitasi dan Pembinaan hWGS dilaksanakan dalam rangka membahas isu terkini mengenai BGSi dan CRU-CRC. Kegiatan dilaksanakan dengan metode daring dan luring dengan peserta terdiri dari Ditjen Farmalkes, Pusat Strategis Kesehatan, Tim BGSi Pusat, RS penyelenggara BGSi seperti RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo, RSPI Sulianti Saroso, RS Persahabatan, RSUP dr. Sardjito, RS Ngoerah, RS PON, RS Kanker Dharmas, RSJPD Harapan Kita dan RSAB Harapan Kita.

b) Penyusunan NSPK BGSi

Penyusunan Pedoman Umum dan Tata Kelola BGSi terdiri dari 4 tahap yaitu:

- **Penyusunan Draft**

Penyusunan draft dilaksanakan dalam bentuk hybrid sebanyak 1 kali dengan jumlah peserta 23 orang yang terdiri dari Tim Kerja Hukum Setditjen Pelayanan Kesehatan, Dit. Pelayanan Kesehatan Rujukan, Tim Kerja Teknologi Kesehatan dan BGSi Dit. Tata Kelola Yankes, Pusat Kajian Biomedik, Pusat Strategi Kesehatan, PMO Ditjen Yankes, Tim BGSi Pusat dan Hubs yang mengembangkan pelayanan BGSi.

- **Pembahasan Draft**

Pembahasan Draft dilaksanakan dalam bentuk daring sebanyak 8 kali dengan jumlah peserta 30 orang yang terdiri dari Tim Kerja Hukum Setditjen Pelayanan Kesehatan, Dit. Pelayanan Kesehatan Rujukan, Tim Kerja Teknologi Kesehatan dan BGSi Dit. Tata Kelola Yankes, Pusat Kajian Biomedik, Pusat Strategi Kesehatan, PMO Ditjen Yankes, dan Tim BGSi Pusat.

- UjiCoba Draft

Uji Coba Draft Petunjuk teknis BGSi dilaksanakan dalam bentuk hybrid dengan jumlah peserta 20 orang yang terdiri dari Tim Kerja Hukum Setditjen Pelayanan Kesehatan, Tim Kerja Teknologi Kesehatan dan BGSi Dit. Tata Kelola Yankes, Pusat Kajian Biomedik, Pusat Strategi Kesehatan, PMO Ditjen Yankes, Tim BGSi Pusat dan Hubs BGSi.

- Finalisasi

Finalisasi dilaksanakan dalam bentuk hybrid yang dilakukan dengan jumlah peserta 20 orang yang terdiri dari Tim Kerja Hukum Setditjen Pelayanan Kesehatan, Tim Kerja Teknologi Kesehatan dan BGSi Dit. Tata Kelola Yankes, Pusat Kajian Biomedik, Pusat Strategi Kesehatan, PMO Ditjen Yankes, Tim BGSi Pusat dan Hubs yang mengembangkan pelayanan BGSi.

c) Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan hWGS

Monitoring dan Evaluasi dilaksanakan dalam rangka melihat progress penyelenggaraan hWGS di delapan Hubs (RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo, RSUP Prof. Ngoerah, RS Kanker Dharmas, RSPI Sulianti Saroso, RSUP Persahabatan, RSPON Mahar Mardjono, RSUP dr. Sardjito, RSAB Harapan Kita, dan RSJPD Harapan Kita) Progress update yang dievaluasi mulai dari penyiapan sarana dan prasarana hingga rekrutmen sampel di masing-masing hubs. Kegiatan ini melibatkan tim kerja Teknologi Kesehatan dan BGSi Direktorat Tata Kelola Yankes, Tim BGSi Pusat, Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan, PMO Ditjen Yankes serta Ditjen Farmalkes.

d) Workshop Pelatihan Sistem Aplikasi SimbioX dan RegINA hWGS

Workshop dilaksanakan dalam bentuk luring sebanyak satu kali dengan peserta terdiri dari Kepala Pusjak Sistem Ketahanan Kesehatan dan Sumber daya Kesehatan, Kepala Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan, Direktur Ketahanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kepala Pusdatin dan DTO, Tim Teknis di delapan hubs, Tim BGSi Pusat dan Tim teknologi Kesehatan Dit.TKPK. Tujuan pelaksanaan kegiatan dalam rangka peningkatan kapasitas untuk SDM yang berada di hubs dalam pemanfaatan aplikasi SimbioX dan RegINA.

m. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen Yankes)

Sasaran Strategis RB Tematik yang terkait dengan indikator Reformasi Birokrasi di Lingkup Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan :

1) Definisi Operasional

Dengan perubahan kebijakan RB di tahun 2023, maka rumusan definisi operasional Nilai RB tahun 2024 mengacu pada Surat Kepala Biro Organisasi dan SDM Kementerian Kesehatan Nomor PR.01.01/A.IV/436/2024 tanggal 12 Januari 2024 hal Penyampaian DO dan Cara Perhitungan Indikator Reformasi Birokrasi (RB), yaitu:

- DO : Nilai Reformasi Birokrasi di Kemenkes adalah hasil penilaian Kementerian PANRB atas pelaksanaan RB General dan RB Tematik di lingkungan Kementerian Kesehatan.
- Cara Penilaian: menggunakan hasil penilaian Kementerian PANRB.
- Target Tahun 2024 adalah 90,23.

2) Cara Perhitungan

Cara Perhitungan Nilai RB yang diperoleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mengikuti nilai indeks RB Kementerian Kesehatan. Perhitungan secara spesifik terhadap pelaksanaan RB Tematik di Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mengacu pada indikator-indikator dari Sasaran Tematik Roadmap RB, yaitu:

- Indikator Puskesmas yang dibangun di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas. Output ini menghitung jumlah puskesmas yang sudah dilakukan pendampingan serta monitoring dan evaluasi oleh Kementerian Kesehatan.
- Indikator Rumah Sakit UPT vertikal Kementerian Kesehatan yang dibangun. Output ini menghitung jumlah rumah sakit yang sudah dibangun oleh Kementerian Kesehatan.
- Indikator Meningkatnya pemerataan layanan kanker, jantung, stroke, dan uronefrologi. Output ini menghitung jumlah rumah sakit yang sudah dilaksanakan peningkatan kompetensi SDM pada layanan kanker, jantung, stroke, dan uronefrologi.

3) Rencana Aksi Yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

1) Target Kementerian Kesehatan menargetkan untuk nilai Reformasi Birokrasi sebesar 90,01 di tahun 2024. Secara spesifik target RB Tematik yang ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yaitu:

- Puskesmas yang dibangun di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 40 puskesmas.
- Rumah Sakit UPT vertikal Kementerian Kesehatan yang dibangun. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 4 rumah sakit.
- Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampunan jejaring pelayanan kanker. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 18 rumah sakit.
- Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampunan jejaring pelayanan jantung. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 20 rumah sakit.
- Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampunan jejaring pelayanan jantung. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 22 rumah sakit.
- Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampunan jejaring pelayanan jantung. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 23 rumah sakit.

2) Strategi Pelaksanaan

Strategi yang dilakukan untuk mencapai target, antara lain: menetapkan unit penanggungjawab masing-masing indikator RB General dan RB Tematik berdasarkan kesesuaian tugas dan fungsi unit organisasi dengan indikator yang ada. Terkait pelaksanaan RB Tematik pada sasaran peningkatan akses pelayanan kesehatan, indikator Puskesmas yang dibangun di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dan Pembangunan Rumah Sakit UPT vertikal Kementerian Kesehatan dilaksanakan oleh Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan, sedangkan indikator Pemerataan layanan kanker, jantung, stroke, dan uronefrologi dilaksanakan oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Untuk tahun 2024, beberapa hal yang telah dilakukan untuk pencapaian target adalah sebagai berikut :

- 1) Menyelaraskan seluruh rencana aksi dengan pedoman evaluasi yang diterbitkan oleh leading institution;
- 2) Menyusun kegiatan implementasi berdasarkan rencana aksi dengan melibatkan seluruh unit yang terkait;
- 3) Menyelaraskan program RB Tematik Pengentasan Kemiskinan dengan SAKIP Tematik.
- 4) Melakukan penilaian mandiri dengan menggunakan instrumen LKE (Lembar Kerja Evaluasi), yang untuk selanjutnya diinput ke dalam portal Reformasi Birokrasi Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi.
- 5) Secara spesifik yang dilakukan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terhadap RB Tematik ditetapkan beberapa Rencana Aksi, antara lain:
 - Melakukan pendampingan terhadap puskesmas yang menjadi lokus pembangunan.
 - Melaksanakan monitoring terhadap puskesmas yang menjadi lokus pembangunan.
 - Melakukan penetapan lokus dan pembangunan rumah sakit UPT vertikal Kementerian Kesehatan.
 - Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan kanker, jantung, stroke, dan uronefrologi.
 - Melakukan pendampingan pelayanan/ pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu pada layanan kanker, jantung, stroke, dan uronefrologi.

5) Pencapaian Kinerja

Capaian RB Tematik yang diperoleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan indikator yang sudah ditetapkan, yaitu:

- 1) Puskesmas yang dibangun di kecamatan yang belum memiliki puskesmas. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 40 puskesmas. Berdasarkan hasil monitoring dan pendampingan terhadap 40 lokus pembangunan Puskesmas diketahui terdapat 7 Puskesmas yang sedang tahap penyusunan dokumen perencanaan (DED), yaitu Krayan Tengah di Nunukan, Distrik Wartutin, Arguni, Mbahamdandara di kabupaten Fak-Fak, dan Distrik Mabugi, Sinak Barat, Kembra di Kabupaten Puncak. Adapun pendampingan dan monitoring langsung ke lokasi dilakukan ke Puskesmas Krayan Tengan di Kab. Nunukan dan ke Distrik Tinggouw, Distrik Ileres, Distrik Tobouw, dan Distrik Kwelesefo di Kab. Tambrau.
- 2) Rumah Sakit UPT vertikal Kementerian Kesehatan yang dibangun. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 4 rumah sakit dan tercapai 4 rumah sakit yang telah dibangun yaitu: RSUP Makassar, RSUP Surabaya, RSUP IKN, dan RSUP Papua.
- 3) Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampunan jejaring pelayanan kanker. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 18 rumah sakit dan tercapai 22 rumah sakit yang sudah dilaksanakan peningkatan kompetensi SDM pada layanan kanker.
- 4) Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampunan jejaring pelayanan jantung. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 20 rumah sakit dan tercapai 21 rumah sakit yang sudah dilaksanakan peningkatan kompetensi SDM pada layanan jantung.
- 5) Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampunan jejaring pelayanan stroke. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 22 rumah sakit dan tercapai 22 rumah sakit yang sudah dilaksanakan peningkatan kompetensi SDM pada layanan stroke.
- 6) Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampunan jejaring pelayanan uronefrologi. Indikator ini memiliki target tahun 2024 sebanyak 23 rumah sakit dan

tercapai 23 rumah sakit yang sudah dilaksanakan peningkatan kompetensi SDM pada layanan uronefrologi.

Tabel III. 1 Tabel Rencana Aksi Reformasi Birokrasi Tematik Ditjen Pelayanan

Kesehatan

No	Tema	Sasaran Tematik Roadmap	Indikator	Indikator Sasaran	Target	Satuan Indikator	Rencana Aksi	Output
								Indikator
1	Penguatan Kemiskinan	Meningkatkan akses layanan kesehatan	Puskesmas yang dibangun di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas	1Jumlah Puskesmas yang dibangun di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dengan menggunakan DANA DAK	40	Puskesmas	Perencanaan dan Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dengan menggunakan DANA DAK	Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas
							Monitoring terhadap puskesmas yang menjadi lokus pembangunan	Jumlah Puskesmas yang dilakukan Monitoring dan Evaluasi
		Meningkatkan akses layanan kesehatan	RS UPT Vertikal Kemenkes yang dibangun	1Jumlah RS UPT Vertikal yang dibangun	4	Rumah Sakit	Perencanaan dan Pembangunan 4 RS UPT	Persentase proses Pembangunan 4 RS UPT Vertikal Kemenkes yang dibangun

						n sesuai dengan timeline
Meningkatnya pemerataan layanan kanker	Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampluan jejaring pelayanan kanker	1 Peningkatan kompetensi layanan kanker di rumah sakit tingkat provinsi	18		Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan kanker
					Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Pelayanan (layanan kanker)
Meningkatnya pemerataan layanan jantung	Rumah Sakit yang telah dilakukan kegiatan pengampluan jejaring pelayanan jantung	1 Peningkatan kompetensi layanan jantung di rumah sakit tingkat provinsi	20	Rumah Sakit	Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Jantung
					Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan

						(proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	gan Pelayanan (layanan Jantung)
	Meningkatkannya pemerataan layanan stroke	RS yang telah dilakukan kegiatan pengam-puan jejaring pelayanan stroke	1Peningkatan kompetensi layanan stroke di rumah sakit tingkat provinsi	22	Rumah Sakit	Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Stroke
						Melakukan pelatihan, pendampingan pelayanan, dan atau pendampingan tindakan oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Tindakan (layanan stroke)
	Meningkatkannya pemerataan layanan uronefrologi	RS yang telah dilakukan kegiatan pengam-puan jejaring pelayanan uronefrologi	1Peningkatan kompetensi layanan uronefrologi di rumah sakit tingkat provinsi	23	Rumah Sakit	Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Uronefrologi

Rencana Aksi	Output	Target Output 2024				
	Indikator	TW I	TW II	TW III	TW IV	Total

Perencanaan dan Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dengan menggunakan DANA DAK	Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas	7	10	11	12	40
Monitoring terhadap puskesmas yang menjadi lokus pembangunan	Jumlah Puskesmas yang dilakukan Monitoring dan Evaluasi	7	10	11	12	40
Perencanaan dan Pembangunan 4 RS UPT	Persentase proses Pembangunan 4 RS UPT Vertikal Kemenkes yang dibangun sesuai dengan timeline	RS UPT Papua target/Rencana pembangunan: 45,57% RS UPT Surabaya Rencana pembangunan: 76,6439% RS UPT Makassar: target pembangunan/Rencana: 74,833% RS IKN: Target/Rencana pembangunan: 37,967%	RS UPT Papua target/Rencana pembangunan :82,01 RS UPT Surabaya target/Rencana pembangunan: 92,30% RS UPT Makassar target/Rencana pembangunan: 86,692% RS IKN target/Rencana pembangunan: 55,5129%	RS UPT Papua target/Rencana pembangunan :98,85% RS UPT Surabaya target/Rencana pembangunan :100% RS UPT Makassar target/Rencana pembangunan :100% RS IKN target/Rencana pembangunan :96,0101	RS UPT Papua target/Rencana pembangunan :100% RS UPT Surabaya :100% RS UPT Makassar target/Rencana pembangunan:100% RS IKN target/Rencana pembangunan:100%	RS UPT Papua :100% RS UPT Surabaya :100% RS UPT Makassar:100% RS IKN:100%

Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan kanker	4	4	5	5	18
Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Pelayanan (layanan kanker)	4	4	5	5	18
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Jantung	5	5	5	5	20

Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Pelayanan (layanan Jantung)	5	5	5	5	20
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Stroke	5	5	6	6	22
Melakukan pelatihan, pendampingan pelayanan, dan atau pendampingan tindakan oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Tindakan (layanan stroke)	5	5	6	6	22
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan	5	6	6	6	23

Rumah Sakit	pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Uronefrologi					

Rencana Aksi	Output	Pagu Anggaran 2024				
	Indikator	TW I	TW II	TW III	TW IV	Total
Perencanaan dan Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dengan menggunakan DANA DAK	Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas	88.393.220,00	100.000.000,00	125.000.000,00	100.000.000,00	413.939.220,00
Monitoring terhadap puskesmas yang menjadi lokus pembangunan	Jumlah Puskesmas yang di lakukan Monitoring dan Evaluasi	8.270.000,00	14.230.000,00	18.750.000,00	13.415.000,00	54.665.000,00
Perencanaan dan Pembangunan 4 RS UPT	Persentase proses Pembangunan 4 RS UPT Vertikal Kemenkes yang dibangun sesuai dengan timeline	RS UPT Papua : Rp. 115.075.154.090 RS UPT Surabaya : Rp. 206977680170 RS UPT Makassar: Rp. 65050810094 RS IKN:	RS UPT Papua :Rp. 146.904.452.031 RS UPT Surabaya : Rp. 160.919.142.481 RS UPT Makassar: Rp. 142.638.098.293 RS IKN: Rp. 129.386.223.158	RS UPT Papua : Rp. 48.968.150.677 RS UPT Surabaya : Rp, 241.020.205.349 RS UPT Makassar: Rp, 193.873.503.380 RS IKN: Rp.	RS UPT Papua : Rp. 97.936.301.351 RS UPT Surabaya : '-- RS UPT Makassar: Rp. 122.673.370.362 RS IKN: Rp. 47.172.060.526	RS UPT Papua : Rp. 408,884,085,14 RS UPT Surabaya : Rp. 608,917,028,00 RS UPT Makassar: Rp. 524,235,782,12 RS IKN:

		Rp. 107821852632		150.950.593.684		Rp. 435,330,730,00
Melakukan pelatihan/ workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan kanker	0	0	0	0	0
Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Pelayanan (layanan kanker)	200.000.0 00,00	200.000.000,0 0	200.000.000, 00	200.000.00 0,00	800.000.000,0 0
Melakukan pelatihan/ workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Jantung	0	0	0	0	500.000.000,0 0
Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Pelayanan (layanan Jantung)	250.000.0 00,00	250.000.000,0 0	250.000.000, 00	250.000.00 0,00	1.000.000.000, 00
Melakukan pelatihan/ workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Stroke	150.000.0 00,00	150.000.000,0 0	150.000.000, 00	150.000.00 0,00	600.000.000,0 0
Melakukan pelatihan, pendampingan pelayanan, dan atau pendampingan tindakan oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Tindakan (layanan stroke)	150.000.0 00,00	150.000.000,0 0	150.000.000, 00	150.000.00 0,00	600.000.000,0 0
Melakukan pelatihan/	Jumlah Rumah	0	0	0	0	0

workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Uronefrologi					

Rencana Aksi	Output	Realisasi Output 2024				
	Indikator	TW I	TW II	TW III	TW IV	Total
Perencanaan dan Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dengan menggunakan DANA DAK	Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas	7	10	11	12	40
Monitoring terhadap puskesmas yang menjadi lokus pembangunan	Jumlah Puskesmas yang di lakukan Monitoring dan Evaluasi	7	10	11	12	40
Perencanaan dan Pembangunan 4 RS UPT	Persentase proses Pembangunan 4 RS UPT Vertikal Kemenkes yang dibangun sesuai dengan timeline	Papua: Progres Realisasi: 47,05% Progres Rencana: 45,57% Deviasi +1.48% Surabaya Progres Realisasi: 76,6672% Progres Rencana: 76,6439% Deviasi +0.0233%	Papua: Progres Realisasi: 62,81% Progres Rencana: 61,09% Deviasi +1,72% Surabaya Progres Realisasi: 90,2490% Progres Rencana: 90.2423% Deviasi +0,0067%	Papua: Progres Realisasi: 94,44% Progres Rencana: 97,13% Deviasi -2,69% Surabaya Progres Realisasi: 97,5649% Progres Rencana: 97,4869% Deviasi +0,6780%	Papua: Progres Realisasi: 99,62% Progres Rencana: 98,83% Deviasi +0,79 Surabaya Progres Realisasi: 99,75% Progres Rencana: 100% Deviasi +0,25%	Papua: Progres Realisasi: 99,62% Progres Rencana: 98,83% Deviasi +0,79 Surabaya Progres Realisasi: 99,75% Progres Rencana: 100% Deviasi +0,25%

		Makassar Progres Realisasi: 75,609% Progres Rencana: 74,833% deviasi +0,776% IKN Progres realisasi: 38,8007% Progres Rencana: 37,967% Deviasi +0,8337%	Makassar Progres Realisasi: 86,980 % Progres Rencana: 85,402 % deviasi +1,578 % IKN Progres realisasi: 48,4888 % Progres Rencana: 48,4738 % Deviasi +0,0150 %	Makassar Progres Realisasi: 97,078 % Progres Rencana: 97,069 % deviasi +0,009 % IKN Progres realisasi: 81,876 % Progres Rencana: 81,8006 % Deviasi +0,0753 %	Makassar Progres Realisasi: 99% Progres Rencana: 100% deviasi IKN Progres realisasi: 96% Progres Rencana: 89,8279 %	Makassar Progres Realisasi: 99% Progres Rencana: 100% deviasi IKN Progres realisasi: 96% Progres Rencana: 89,8279 %
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan kanker	14	1	0	14	29
Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan	0	10	3	9	22

sakit yang diampu	Pelayanan (layanan kanker)					
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Jantung	10	14	4	5	33
Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Pelayanan (layanan Jantung)	5	6	7	3	21
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Stroke	22	7	5	6	40
Melakukan pelatihan, pendampingan pelayanan, dan atau pendampingan tindakan oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Tindakan (layanan stroke)	0	5	12	5	22
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Urologi	0	18	16	0	34

Rencana Aksi	Output	Realisasi Anggaran 2024			
	Indikator	TW I	TW II	TW III	TW IV

Perencanaan dan Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas dengan menggunakan DANA DAK	Pembangunan 40 Puskesmas di kecamatan yang belum memiliki Puskesmas	84.826.860	55.005.800	58.953.180	59.895.100
Monitoring terhadap puskesmas yang menjadi lokus pembangunan	Jumlah Puskesmas yang di lakukan Monitoring dan Evaluasi	4.800.000	32.479.470	72.249.240	30.630.970
Perencanaan dan Pembangunan 4 RS UPT	Persentase proses Pembangunan 4 RS UPT Vertikal Kemenkes yang dibangun sesuai dengan timeline	Realisasi anggaran TW1 RS UPT Papua : Rp. 115,075,154,090 Realisasi anggaran TW1 RS UPT Surabaya : Rp. 206,977,680,170 Realisasi anggaran TW1 RS UPT Makassar: Rp. 65,112,816,415	Realisasi anggaran TW2 RS UPT Papua : Rp. 103,444,077,668 Realisasi anggaran TW2 RS UPT Surabaya : Rp. 160,919,142,481 Realisasi anggaran TW2 RS UPT Makassar: Rp. 142,638,098,293	Realisasi anggaran TW3 RS UPT Papua : Rp. 795.065.280 Realisasi anggaran TW3 RS UPT Surabaya : Rp. 33.017.042.429 Realisasi anggaran TW3 RS UPT Makassar: Rp. 2.703.130.000 Realisasi anggaran TW3 RS UPT IKN: Rp. 69.376.855.300	Realisasi anggaran TW4 RS UPT Papua : Rp. 381.782.875,598 (agustus 2024) Realisasi anggaran TW4 RS UPT Surabaya : Rp. 486.556.960.834 Realisasi anggaran TW4 RS UPT Makassar: Rp. 92.852.953.506 Realisasi anggaran TW4 RS UPT IKN: Rp. 432.846.993.373

		Realisasi anggaran TW1 RS IKN: Rp. 64,693,111,579	Realisasi anggaran TW2 RS IKN: Rp. 43,128,741,053		
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan kanker	0	0	0	0
Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Pelayanan (layanan kanker)	0	232.456.042	67.825.274	190.649.732
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Jantung	0	0	0	0
Melakukan Pendampingan pelayanan/pendampingan tindakan (proctorship) oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Pelayanan (layanan Jantung)	89.834.489	210.505.649	328.869.233	296.705.665
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada	457.681.286	209.811.759	132.285.741	62.912.185

	layanan Stroke				
Melakukan pelatihan, pendampingan pelayanan, dan atau pendampingan tindakan oleh rumah sakit pengampu ke rumah sakit yang diampu	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan Pendampingan Tindakan (layanan stroke)	0	19.599.561	58.289.920	138.003.737
Melakukan pelatihan/workshop peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit yang dilakukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM di Rumah Sakit pada layanan Uronefrologi	0	0	0	0

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Terkait sasaran tematik meningkatnya akses layanan kesehatan, puskesmas merupakan akses masyarakat untuk mendapatkan layanan UKM dan UKP tingkat pertama, idealnya setiap kecamatan memiliki 1 Pusat Kesehatan Masyarakat, namun masih ada sekitar 143 kecamatan yang belum memiliki Pusat Kesehatan Masyarakat. Pada tahun 2024 direncanakan pembangunan 40 puskesmas.

Berdasarkan hasil monitoring dan pendampingan secara daring terhadap 40 lokus pembangunan Puskesmas diketahui terdapat 7 Puskesmas yang sedang tahap penyusunan dokumen perencanaan (DED), yaitu Krayan Tengah di Nunukan, Distrik Wartutin, Arguni, Mbahamdandara di kabupaten Fak-Fak, dan Distrik Mabugi, Sinak Barat, Kembra di Kabupaten Puncak. Adapun pendampingan dan monitoring langsung ke lokasi dilakukan ke Puskesmas Krayan Tengan di Kab. Nunukan dan ke Distrik Tinggouw, Distrik Ireres, Distrik Tobouw, dan Distrik Kwesefo di Kab. Tambrau.

Untuk mendukung sasaran tematik meningkatnya akses layanan kesehatan, Kementerian Kesehatan melaksanakan pembangunan RS UPT Vertikal baru yang

didesain sejak awal untuk dapat memberikan layanan komprehensif utamanya penyakit katastropik secara paripurna (diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif) sekaligus diciptakan untuk bersaing dengan rumah sakit lain di Asia. Layanan tersier dan komprehensif dimaksudkan disini yaitu rumah sakit dapat memberikan layanan tindakan dan manajemen kasus yang tersulit yang belum dapat dilaksanakan oleh rumah sakit umum. Hal spesifik untuk kanker misalkan terapi sinar dengan teknologi terbaru dimana efek penyinaran dapat spesifik pada sel target (kanker), diagnostik dengan metode radiofarmaka/radioisotop dengan gamma kamera menghasilkan citra diagnostik penjalaran kanker yang jelas dsb. Untuk layanan jantung, selain tindakan non bedah (kateterisasi) juga layanan open surgery dimana membutuhkan tenaga multidisiplin khusus (dokter subspesialis dan perawat khusus). Untuk penanganan stroke lebih pada kecepatan penanganan dini, serta tindakan intervensional untuk mengurangi tingkat kematian dan kecatatan yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Rumah sakit yang akan didirikan tidak hanya sebagai tempat pemberian layanan kesehatan tingkat sekunder dan tersier, dilengkapi dengan penerapan teknologi kedokteran yang terkini dalam menangani penyakit jantung, stroke dan kanker, tetapi juga menjadi rumah bagi tenaga didik dalam proses pendidikan kedokteran, serta juga menjadi wahana terselenggaranya pengembangan riset dan teknologi kesehatan. Untuk itu, rumah sakit yang akan dikembangkan berorientasi pada keselamatan pasien (*patient safety*) dan *Patient Centeredness*, dipadukan dengan orientasi pada riset dan pengembangan ilmu pengetahuan kedokteran sejalan dengan konsep *Academic Health System* sehingga diharapkan rumah sakit mampu menjadi brand image yang mampu memberikan layanan one stop service terhadap tantangan kebutuhan layanan penyakit katastropik dan diharapkan minimal mencegah warga negara Indonesia mencari pengobatan ke luar negeri.

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Penilaian RB di tahun 2024 menggunakan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 9 Tahun 2023 tentang Evaluasi RB dan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 739 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Evaluasi RB Tahun 2023. Perubahan mendasar dari pedoman tersebut adalah penekanan pada RB berdampak dan kolaboratif.

Tabel III. 1 Target Realisasi dan Capaian Kinerja Nilai Reformasi Birokrasi

No.	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Nilai Reformasi Birokrasi di lingkup Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	34/36.3	90,01	90,11	100,1%

Target Nilai Reformasi Birokrasi di lingkup Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk tahun 2024 adalah 90,01 dan nilai Desember 2024 sebesar 90,11. Nilai ini didapatkan dari Penilaian *Leading Institution* yang sudah keluar, penilaian mandiri oleh Unit, Penilaian *Leading Institution* tahun lalu dan capaian rencana aksi (RB Tematik);

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

Tabel III. 2 Perbandingan Ralisasi dan Capaian Kinerja Tahun Lampau dengan Tahun 2024

No	Indikator Target	2022		2023		2024	
		Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian

1	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	34	35,43	85	90,81	90,01	90,11

Terdapat perubahan penetapan target Nilai RB di tahun 2023 dan 2024, hal ini dikarenakan perubahan road map RB dan mekanisme evaluasi RB di tahun 2023. Berdasarkan hal tersebut, nilai tahun 2024 tidak dapat dibandingkannya nilai RB tahun-tahun sebelumnya.

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024).

Tabel III. 1 Perbandingan Ralisasi dan Capaian Kinerja Tahun Lampau dengan Tahun 2024

Indikator	Target	Capaian	Prosentase Capaian
Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	90,01	90,11	100,1%

Pada tahun 2024, indikator Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tercapai, dimana sasarnya mencapai 90,11. Untuk target tahun 2025 belum diketahui karena Renstra Kementerian Kesehatan masih dalam proses penyusunan.

10) Permasalahan

Perubahan kebijakan pelaksanaan dan evaluasi RB pada tahun 2023 berdampak terhadap perubahan target pada tahun 2023 dan 2024, sehingga beberapa dokumen perencanaan seperti Renstra Kemenkes 2020-2024, Perjanjian Kinerja tahun 2024. Selain itu penilaian yang dilakukan oleh Leading Institution tidak keluar secara serentak, sehingga nilai tahun 2024 masih bersifat tentatif karena nilai resmi belum ditetapkan oleh KemenPANRB.

11) Pemecahan Masalah

Dengan perubahan kebijakan RB, maka Kementerian Kesehatan menyesuaikan instrumen penilaian mandiri sesuai dengan peraturan terbaru yang telah ditetapkan. Nilai RB didapatkan dari penilaian *Leading Institution* yang sudah keluar, penilaian mandiri oleh unit, penilaian *Leading Institution* tahun lalu dan capaian Rencana Aksi RB Tematik sebagaimana terlampir dalam <https://link.kemkes.go.id/RBYANKES>.

12) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencapaian indikator yaitu dilakukannya berbagai perbaikan kinerja dan juga pelaksanaan monitoring evaluasi di semua komponen penilaian. Hal ini dilakukan dengan melibatkan semua unit kerja penanggungjawab masing-masing indikator sesuai tugas dan fungsi unit organisasinya.

Selain itu, telah dilaksanakan Gerakan Perubahan Budaya Kerja berdasarkan core value berAKHLAK (Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif) yang dilaksanakan pada tahun 2024 sehingga meningkatkan kinerja pegawai di lingkungan Kementerian Kesehatan.

13) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya pelaksanaan Reformasi Birokrasi di Ditjen Pelayanan Kesehatan terlihat dari 2 aspek, yaitu aspek alokasi anggaran dan aspek pemanfaatan sumber daya manusia.

Adapun efisiensi dari aspek pemanfaatan sumber daya manusia dapat dilihat dengan adanya SK Tim Reformasi Birokrasi Ditjen Pelayanan Kesehatan yang hanya terdiri beberapa SDM, dan didominasi oleh Setditjen Pelayanan Kesehatan, namun capaian target cukup memuaskan.

14) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian kinerja (mohon dapat disesuaikan dengan point keberhasilan OSDM)

Dalam menunjang keberhasilan pelaksanaan RB, maka disusun rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target dari pelaksanaan RB di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, yaitu dengan mendukung sasaran strategis yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan secara kolaboratif dengan satuan kerja lainnya. Adapun Rencana Aksi RB General sebagai berikut :

Tabel III. 4 Rencana Aksi Reformasi Birokrasi Di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Kegiatan Utama	Indikator	Rencana Aksi	Target 2024
Sasaran Strategis I: Terciptanya Tata Kelola Pemerintahan Digital yang Efektif, Lincah, dan Kolaboratif			
Penyederhanaan Birokrasi (Penyederhanaan Struktur Organisasi)/ transformasi organisasi berbasis kinerja dan agile	Persentase Penyederhanaan Struktur Organisasi	Penyusunan kerangka kelembagaan 2025-2029 yang agile dan kolaboratif	100%
		Penataan organisasi melalui delayering Eselon IV dan V Pelaksanaan evaluasi kelembagaan Kementerian (PermenPANRB 20/2018)	
Pelaksanaan Sistem Kerja Baru dengan model	Tingkat implementasi sistem kerja baru	Monitoring dan Evaluasi Penerapan sistem kerja baru yang agile di Lingkungan Kementerian Kesehatan	5 dokumen

Kegiatan Utama	Indikator	Rencana Aksi	Targe t 2024
fleksibel bagi Pegawai ASN		Penyusunan Pedoman Tim Kerja dan PMO di Lingkungan Kementerian Kesehatan	
		Penyusunan Dokumen <i>Flexible Working Arrangement</i> di Lingkungan Kementerian Kesehatan	
		Penyederhanaan proses bisnis dan/atau SOP AP dalam rangka penerapan sistem kerja agile	

n. Nilai Kinerja Penganggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen Yankes)

1. Definisi Operasional

Besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi SMART Kementerian Keuangan yang diformulasikan dari :

- 1) Aspek Implementasi yang memperhitungkan realisasi anggaran, konsistensi antara RPD dan RPK Efisiensi dan capaian keluaran yang ditargetkan di dalam RKA KL secara tahunan;
- 2) Aspek Manfaat yang memperhitungkan pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), Indikator Sasaran Program/Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang ditarget dalam Renja K/L, Renstra K/L secara tahunan;
- 3) Aspek Konteks yang meperhitungkan relevansi, kejelasan, keterukuran informasi kinerja dengan dinamika masalah yang coba dipecahkan melalui intervensi program.

2) Cara Perhitungan

Nilai Agregat dari nilai aspek implementasi (terdiri nilai realisasi, konsistensi, efisiensi, pencapaian keluaran dan kesesuaian RPKRPD), aspek manfaat dan aspek konteks menggunakan aplikasi SMART Kemenkeu.

3) Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

1) Target

Pada tahun 2024 sesuai dengan arahan pimpinan, maka target nilai kinerja penganggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mengikuti target nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan yaitu sebesar 80.1. mengikuti target nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan

2) Strategi Pelaksanaan

Untuk mencapai target nilai kinerja penganggaran yang ditetapkan sebesar 80.1, maka Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan Menyusun rencana aksi sebagai berikut :

- (a) Menyusun dan menyesuaikan Rencana Penarikan Dana (RPD) dengan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) sehingga RPD dan RPK selaras (konsisten).
- (b) Melakukan revisi informasi kinerja sesuai dengan pelaksanaan kegiatan.
- (c) Melakukan monitoring terhadap capaian Indikator Kinerja baik tingkat satker maupun tingkat organisasi.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Untuk mencapai target yang telah ditetapkan Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan melakukan upaya sebagai berikut :

- 1) Melakukan Desk terhadap capaian rincian output satker secara berkala;
- 2) Memberikan feedback kepada satuan kerja atas hasil capaiannya.

5) Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2024 capaian nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan sebesar 88.41 dengan kategori baik.

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2024 adalah sebesar 88.41 dengan kategori baik, dengan demikian target yang ditetapkan oleh pimpinan untuk indikator nilai kinerja penganggaran sudah tercapai.

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Jika dibandingkan dengan target nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2024 maka presentase capaian adalah sebagai berikut :

Tabel III. 2 Perbandingan target dan Realisasi Kinerja Tahun 2024

No.	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	92	80.1	88.41	110.37%

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

Tabel III. 3 Perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2024 dengan 2 tahun sebelumnya

No	Indikator Target	Capaian		2024	
		2022	2023	Target	Capaian
1	Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	92.1	89.23	80.1	110.37

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Tabel III. 4 Perbandingan antara realisasi kinerja sampai dengan tahun 2024 dengan target jangka menengah

Indikator	Target 2024	Capaian 2024	Prosentase capaian 2024
Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	80.1	88.41	110.37%

10) Permasalahan

Permasalahan yang menjadi kendala dalam pencapaian target nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan adalah sebagai berikut :

- 1) Penerapan SBKU oleh kementerian keuangan di tahun 2024, dimana belum semua satker menggunakan SBKU dalam penyusunan anggaran tahun 2024;
- 2) Terdapat 2 UPT Vertikal baru yang belum masuk capaian ROnya dalam movev kemenkeu
- 3) Rata-rata Nilai Kinerja Satker dilingkup Ditjen Pelayanan Kesehatan hanya sebesar 89.04%;
- 4) Terdapat 4 Indikator Kinerja Program yang tidak mencapai target yang ditetapkan.

11) Pemecahan Masalah

Berdasarkan hasil evaluasi capaian nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2023, untuk mencapai target tahun 2024 maka Ditjen Pelayanan Kesehatan perlu melakukan hal sebagai berikut :

- 1) Melakukan akselerasi pelaksanaan kegiatan dan melakukan refokusing terhadap kegiatan-kegiatan yang berpotensi tidak terlaksana;
- 2) Melakukan revisi informasi kinerja sesuai dengan kondisi pelaksanaan kegiatan yang berjalan;
- 3) Mendorong satker untuk melakukan monitoring pelaksanaan kegiatan secara berkala dan melakukan perubahan-perubahan baik strategi maupun prioritas kegiatan yang akan dilaksanakan;

- 4) Mendorong pengampu indikator kinerja program yang belum tercapai pada tahun 2024 untuk melakukan evaluasi terhadap indikator kinerja program tersebut apakah masih relevan untuk rencana jangka menengah berikutnya

12) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

Faktor yang mempengaruhi dalam keberhasilan pencapaian target nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2024 adalah monitoring dan evaluasi secara berkala yang dilakukan terpadu antara Satker, Unit Utama dan Biro Perencanaan Anggaran, sehingga dapat terpetakan permasalahan dan rencana tindak lanjutnya.

13) Efisiensi Sumber Daya

Berdasarkan realisasi anggaran dan capaian realisasi kinerja untuk Indikator Kinerja tersebut tahun 2024 didapatkan Efisiensi sebagai berikut :

Tabel III. 5 Nilai Efisiensi untuk Indikator Kinerja berdasarkan realisasi anggaran dan capaian realisasi kinerja tahun 2024

No	Indikator Kinerja	Target Indikator 2024	Capaian Indikator 2024	% Kinerja IKK	Alokasi Anggaran (Rupiah)	Realisasi Anggaran	% Kinerja Anggaran	Efisiensi
-1	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	(10 = (4-7))
1	1 Nilai Kinerja Penganggaran	80.1	88.41	110%	Rp 1,104,354,000	Rp 1,096,347,061	99%	11.10%

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

Berdasarkan hasil evaluasi capaian Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan bahwa realisasi anggaran, konsistensi RPD, capaian rincian output satker, capaian Indikator Kinerja Program dan penggunaan SBKU dalam perencanaan anggaran sangat berdampak pada nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan, untuk itu monitoring dan evaluasi perlu dilakukan secara berkala dan segera dilakukan perubahan strategi maupun metode pelaksanaan kegiatan yang mendukung langsung sehingga rincian output dan indikator kinerja yang

telah ditetapkan dapat tercapai, demikian juga dengan realisasi anggaran dan konsistensi RPD dapat di akselerasi dan disesuaikan dengan refokusing untuk kegiatan yang lebih prioritas serta mampu laksana.

15) Realisasi anggaran untuk indikator Nilai kinerja penganggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Tahun 2024, anggaran untuk kegiatan yang mendukung indikator tersebut sebesar 1.104.354.000,- dengan realisasi sebesar Rp 1.096.347.061 dengan presentase penyerapan anggaran sebesar 99.3%

o. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan (Setditjen Yankes)

1. Definisi Operasional

Tindak lanjut hasil pemeriksaan adalah kegiatan dan/atau keputusan yang dilakukan oleh pimpinan entitas yang diperiksa dan/atau pihak lain yang kompeten untuk melaksanakan rekomendasi hasil pemeriksaan. Tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK wajib dilakukan oleh pimpinan entitas yang diperiksa. Pimpinan entitas yang diperiksa tersebut wajib memberikan jawaban atau penjelasan kepada BPK tentang tindak lanjut atas rekomendasi hasil pemeriksaan selambat-lambatnya 60 hari setelah laporan hasil pemeriksaan diterima. Temuan-temuan pemeriksaan yang oleh BPK dinyatakan selesai ditindaklanjuti adalah temuan-temuan pemeriksaan yang saran/rekomendasinya telah ditindaklanjuti secara nyata dan tuntas oleh pihak entitas yang diperiksa, sehingga diharapkan dapat memperbaiki pengelolaan dan tanggung jawab keuangan pada entitas yang bersangkutan. Upaya penyelesaian atas rekomendasi atas temuan hasil pengawasan oleh BPK RI dengan target 95 % hingga akhir tahun 2024.

2. Cara Perhitungan

Cara Perhitungan persentase penyelesaian tindak lanjut LHP Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan diperoleh dengan jumlah awal rekomendasi dikurangi dengan sisa rekomendasi pada tahun berjalan dibagi dengan jumlah awal rekomendasi dikali 100%

$$\frac{\text{Jumlah seluruh rekomendasi- sisa rekomendasi}}{\text{Jumlah seluruh rekomendasi}} \times 100\%$$

3. Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

1. Melakukan koordinasi dengan Satker atas tindak lanjut atas temuan LHP BPK diantaranya:
 - a. Meminta progres penyelesaian TL LHP BPK minimal 2 minggu sekali;
 - b. Melakukan pendampingan ke satker bersama Itjen dalam upaya percepatan tindak lanjut;
2. Melakukan koordinasi dengan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan untuk penyelesaian seluruh PKPT.
3. Menyampaikan progress dan rekonsiliasi TL LHP BPK dan Itjen kepada Inspektorat Jenderal melalui Surat dari Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan minimal 1 bulan sekali;
4. Menyelenggarakan pertemuan percepatan penyelesaian TL LHP BPK dengan Inspektorat Jenderal, BPK RI dan satuan kerja periode semester I dan 2;
5. Menyelenggarakan pertemuan percepatan penyelesaian TL LHP BPK dengan Inspektorat Jenderal dan satuan kerja pd triwulan tiga;
6. Mengusulkan temuan pemeriksaan yang tidak dapat ditindaklanjuti (TPTD) terhadap LHP BPK;
7. Mendorong satker untuk melakukan tindak lanjut dalam rentang waktu maksimal 60 (enam puluh) hari setelah LHP BPK diberikan;
8. Menginventarisasi dan mengusulkan TPTD atas temuan yang tidak dapat ditindaklanjuti;
9. Memberikan *punishment* kepada Unit Kerja yang progress penyelesaian TL LHP nya tidak mengalami peningkatan;
10. Memberikan *punishment* kepada Unit Kerja Tugas Pembantuan (TP) yang tidak segera menyelesaikan tindak lanjut temuan BPK dengan tidak diberikan Dana Alokasi Khusus (DAK).

4. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Untuk tahun 2024, beberapa hal yang telah dilakukan untuk pencapaian target adalah sebagai berikut :

1. Melakukan koordinasi dan konsinyasi antara Ditjen Yankes dan Itjen terkait data dukung tindak lanjut yang telah diterima.

2. Pemantauan Tindak Lanjut (PTL) yang dilakukan per semester oleh Badan Pengawasan Keuangan (BPK).
3. Mendorong satker untuk melakukan tindak lanjut dalam rentang waktu maksimal 60 (enam puluh) hari setelah LHP BPK diberikan.
4. Menginventarisasi dan mengusulkan TPTD atas temuan yang tidak dapat ditindaklanjuti.

5. Pencapaian Kinerja

Penyelesaian Tindak Lanjut LHP BPK RI pada Satuan Kerja di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mencapai 95,64% pada akhir tahun 2024, hal tersebut melebihi target yang telah ditentukan yaitu 95,00%.

Berikut persentase Perkembangan Penyelesaian LHP BPK RI pada Satuan Kerja di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan per 31 Desember 2024 sebagai berikut:

Persentase Progres Tindak Lanjut Penyelesaian TL LHP Per 31 Desember 2024

SEKRETARIAT JENDERAL	PROGRESS TL 96.68%
INSPEKTORAT JENDERAL	PROGRESS TL 100.00%
DITJEN KESMAS	PROGRESS TL 94.46%
DITJEN YANKES	PROGRESS TL 95.64%
DITJEN P3P	PROGRESS TL 96.52%
DITJEN FARMALKES	PROGRESS TL 97.77%

6. Analisa Pencapaian Kinerja

Penyampaian Hasil Capaian Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan BPK RI, sampai dengan progress capaian hasil tindak lanjut atas hasil pemeriksaan BPK RI di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan posisi per 31 Desember 2024 sebesar 95,64 % dengan rincian sebagai berikut :

Tabel III. 6 Capaian Hasil Tindak Lanjut Atas Hasil Pemeriksaan BPK RI di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

No	Periode Tahun Pemeriksaan	LHP	Temuan	Saran	Progress TL
1	Tahun 2008 s.d 2020	18	17	31	98,52%
2	Tahun 2021	5	9	11	97,50%
3	Tahun 2022 – LK 2021	1	8	3	98,48%
4	Tahun 2023	2	12	12	96,25%
5	Tahun 2023 – LK 2022	2	53	57	75,74%
	Total	24	59	114	95,64%

7. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Jika dibandingkan dengan target nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2024 maka presentase capaian adalah sebagai berikut :

Tabel III. 7 Perbandingan target dan Realisasi Kinerja Tahun 2024

No.	Indikator	Target	Capaian
		Penyelesaian TL LHP 2024	Penyelesaian TL LHP 2024
1	Persentase Tindak Lanjut Penyelesaian LHP	95,00%	95,64%

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

Tabel III. 8 Perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2024 dengan 1 tahun sebelumnya

No	Indikator Target	2023	2024

		Target	Capaian	Target	Capaian
1	Persentase Tindak Lanjut Penyelesaian LHP	92,50%	95,51%	95%	95,64%

9. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Tabel III. 9 Perbandingan antara realisasi kinerja sampai dengan tahun 2024 dengan target jangka menengah

Indikator	Target 2024	Capaian 2024	Prosentase capaian 2024
Persentase Tindak Lanjut Penyelesaian LHP	95,00%	95,64%	100,67%

10. Permasalahan

Kendala-kendala dalam penyelesaian tindak lanjut temuan LHP BPK RI atas saldo Kerugian Negara antara lain sebagai berikut :

1. Terdapat Kerugian Negara dimana pihak yang menyelesaikan tidak memiliki kemampuan membayar sekaligus, sehingga penyelesaian dilakukan dengan cara mencicil yang menyebabkan waktu penyelesaian tindak lanjut temuan LHP BPK RI lebih lama;
2. Terdapat Kerugian Negara yang masih berproses di Binbangkum BPK dan dalam proses permintaan keterangan oleh Aparat Penegak Hukum;
3. Usulan TPTD telah yang diajukan oleh Satuan Kerja namun sampai saat ini masih dalam proses pembahasan di BPK RI;
4. Penyelesaian saldo Kerugian Negara terkait piutang masih berproses di KPKNL Kementerian Keuangan;
5. Untuk saldo temuan pada satker TP, Kepala satker/Pejabat tidak mengetahui permasalahan tindak lanjut, sehingga butuh waktu untuk progres penyelesaian;
6. Pihak terkait temuan sudah mutasi/pensiun/meninggal dunia/alamat sehingga mengalami keterlambatan pada penyelesaian temuan;

7. Perusahaan terkait temuan telah non aktif/izin usaha sudah tidak terdaftar pada Badan Koordinasi Penanaman Modal/alamat tidak diketahui lagi atau tidak kooperatif dalam proses penyelesaian;
8. Penyelesaian kelebihan pembayaran atas klaim pelayanan COVID-19 Tahun 2021 membutuhkan waktu lama karena memerlukan verifikasi dari Itjen dan BPKP RI; dan
9. Terdapat rekanan yang merasa keberatan terhadap tagihan yang disampaikan oleh Satuan Kerja atas temuan Kerugian Negara dari BPK;

11. Pemecahan Masalah

Dengan melakukan koordinasi dan konsinyasi dengan Itjen dan Satker setiap 2 minggu sekali sehingga progres penyelesaian TL dapat berjalan sesuai dengan target yang telah ditentukan. Selain itu mendorong Satker untuk menyelesaikan TL LHP dalam waktu 60 hari setelah LHP terbit.

12. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan.

Faktor yang mempengaruhi dalam keberhasilan pencapaian target penyelesaian tindak lanjut LHP adalah dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dan juga pelaksanaan koordinasi dan konsinyasi secara berkala dengan Itjen dan Satker.

13. Efisiensi Sumber Daya

Berdasarkan realisasi anggaran dan capaian realisasi kinerja untuk Indikator Kinerja tersebut tahun 2024 didapatkan Efisiensi sebesar 0,57% dari seluruh anggaran yang didapatkan, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel III Nilai Efisiensi untuk Indikator Kinerja berdasarkan realisasi anggaran dan capaian realisasi kinerja tahun 2024

2023			2024			
Pagu	realisasi	%	Pagu	realisasi	%	efisiensi (%)
1.370.973.000	1.370.030.230	99,93	1.072.526.000	1.065.708.208	99,36	0,57

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

Berdasarkan hasil diatas dapat dianalisa bahwa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian target penyelesaian TL LHP adalah dilakukannya program koordinasi dan konsinyasi penyelesaian TL LHP antara Ditjen Pelayanan Kesehatan, Inspektorat Jenderal dan Satuan Kerja secara berkala.

p. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kesehatan

1) Definisi Operasional

Besarnya nilai Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan diperoleh dari aplikasi OMSPAN Kementerian Keuangan. Nilai ini menghitung nilai nominal realisasi anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang telah disahkan pada aplikasi OMSPAN dibandingkan dengan total pagu belanja pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

2) Cara Penghitungan

Jumlah realisasi anggaran dibagi total pagu belanja pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan data dari aplikasi OMSPAN dikali 100%.

$$\frac{\text{Nilai realisasi anggaran pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan}}{\text{Total pagu belanja pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan}} \times 100\%$$

3) Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

a. Target

Pada tahun 2024, telah ditetapkan bahwa target realisasi anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan adalah sebesar 95%.

b. Strategi Pelaksanaan

Dalam rangka mencapai target realisasi sebesar 95% berdasarkan data dari aplikasi OMSPAN, dilakukan melalui kegiatan:

i. Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran per bulan pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Kegiatan ini dilaksanakan dengan melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran pada setiap satuan kerja vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Selain itu, dalam hal dibutuhkan percepatan realisasi, monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran dapat dilaksanakan pada setiap pekan. Monitoring dan evaluasi realisasi anggaran dilaksanakan atas setiap:

- Jenis belanja (belanja pegawai, belanja barang, dan belanja modal);
- Kegiatan (Pembinaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pembinaan Pelayanan Kesehatan Primer, Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan, Pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan, Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen

- Pelayanan Kesehatan, dan Pembinaan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan);
 - Sumber dana (Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, dan Hibah Luar Negeri);
 - Kewenangan (kantor pusat dan kantor daerah)
- ii. Pertemuan evaluasi pelaksanaan anggaran bersama Kementerian Keuangan dan satuan kerja di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan setiap triwulan, serta bersama Biro Keuangan setiap bulan.
- iii. Melakukan evaluasi pelaksanaan anggaran dengan Direktorat Pelaksanaan Anggaran Kementerian Keuangan serta Biro Keuangan dan BMN Kementerian Kesehatan.
- iv. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran langsung ke satuan kerja dengan realisasi yang masih rendah dan memiliki pagu besar.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Berikut adalah upaya-upaya yang dilakukan untuk mencapai target realisasi anggaran TA 2024 sebesar 95%:

- a. Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran per bulan pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Kegiatan ini dilaksanakan dengan melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran pada setiap satuan kerja di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Selain itu, dalam hal dibutuhkan percepatan realisasi, monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran dapat dilaksanakan pada setiap pekan. Monitoring dan evaluasi dilaksanakan atas setiap:

 - jenis belanja (belanja barang dan belanja modal);
 - kegiatan (Pembinaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pembinaan Pelayanan Kesehatan Primer, Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan, Pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan, Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan, dan Pembinaan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan);
 - sumber dana (Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, dan Hibah Langsung Luar Negeri);
 - kewenangan (Kantor Pusat dan Kantor Daerah)
- b. Melaksanakan pertemuan evaluasi pelaksanaan anggaran bersama satuan kerja vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan setiap triwulan.
- c. Melakukan evaluasi pelaksanaan anggaran dengan Direktorat Pelaksanaan Anggaran Kementerian Keuangan serta Biro Keuangan dan BMN Kementerian Kesehatan. Pada tahun 2024, kegiatan ini telah dilaksanakan 4 kali yaitu pada triwulan I, triwulan II, triwulan III, dan triwulan IV.
 - Pada evaluasi triwulan I yang dilaksanakan pada tanggal 18 Januari 2024 dibahas mengenai:
 - Evaluasi atas pelaksanaan anggaran TA 2023 dan persiapan pelaksanaan anggaran 2024
 - Surat Menteri Keuangan Nomor S-1041/MK.05/2023 tanggal 15 Desember 2023 tentang Langkah-langkah Strategis Pelaksanaan Anggaran
 - Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran Tahun 2023

- Indikasi satker minus PNB
 - Rekening RPATA
 - Progres penyaluran bantuan pemerintah
- Pada evaluasi triwulan II yang dilaksanakan pada tanggal 23 April 2024 dibahas mengenai:
 - Kinerja Pelaksanaan Anggaran TW I 2024
 - Proyeksi Kinerja Pelaksanaan Anggaran TW II 2024
 - Proses Penganggaran dan Kesiapan Prasyarat Dimulainya Kegiatan
 - Pengawasan Khusus Belanja Strategis
 - Tindak Lanjut *Pending Matters* EPA Triwulan I 2024
 - Pada evaluasi triwulan III yang dilaksanakan pada 18 Juli 2024 dibahas mengenai:
 - Kinerja Pelaksanaan Anggaran TW II 2024
 - Proyeksi Kinerja Pelaksanaan Anggaran TW III 2024
 - Proses Penganggaran dan Kesiapan Prasyarat Kegiatan
 - Pengawasan Khusus Belanja Strategis dan Identifikasi Belanja Lainnya
 - Tindak Lanjut *Pending Matters* EPA Triwulan II 2024
 - Pengawasan Kontrak Belanja Modal dan Pagu Minus
 - Konfirmasi Capaian Output Program Terpilih
 - Pada evaluasi triwulan IV yang dilaksanakan pada tanggal 13 November 2024 dibahas mengenai:
 - Langkah – Langkah Akhir Tahun Anggaran (LLAT)
 - Capaian Realisasi & Outstanding Kontrak
 - Pengawasan Belanja Penting K/L (sesuai alokasi K/L)
 - Kinerja IKPA
 - Proyeksi Capaian Output
 - Pagu Minus
 - Potensi Masa Transisi Kabinet Merah Putih 2024

5) Pencapaian Kinerja

Realisasi belanja Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan TA 2024 per 20 Januari 2024 terealisasi sebesar **Rp29.371.332.788.551,- (89,43%)** dari total pagu Rp32.842.122.747.000,-

6) Analisa Pencapaian Kinerja

a. Realisasi per Jenis Kewenangan

Kewenangan	Alokasi	Realisasi	%
Kantor Pusat	5.716.507.521.000	4.322.668.913.426	75,62%
Kantor Daerah	27.125.615.226.000	24.934.438.977.182	91,92%
Total	32.842.122.747.000	29.371.332.788.551	89,43%

Realisasi belanja per jenis kewenangan terendah terdapat pada Kantor Pusat. Hal ini terjadi karena:

1. Pengadaan Alkes SIHREN tidak terealisasi senilai Rp935,16 M (Dalam proses pengadaan)
2. Terdapat sisa alokasi pembangunan dan pengembangan RS Vertikal tidak terserap senilai Rp224,58M
3. Terdapat pagu blokir senilai Rp179,80M
4. Efisiensi Kegiatan Kantor Pusat, Operasional RS Baru, dan Dukman lainnya Rp3,42M
5. Efisiensi alokasi Pengembangan fasilitas rujukan Kawasan Indonesia Timur (Program I-SPHERE) senilai Rp19,34 M
6. Pengampunan KJSU KIA SIHREN tidak terealisasi senilai Rp13,32 M dan sisa Dukman program SIHREN sebesar Rp8,55 M
7. Efisiensi alokasi program IsDB 1031 dan IsDB 1054 senilai Rp9,67 M.

b. Realisasi per Jenis Belanja

Jenis Belanja	Pagu	Realisasi	%
Belanja Pegawai	2.931.726.461.000	2.868.469.914.169	97,84%
Belanja Barang	19.746.399.951.000	17.476.899.068.757	88,51%
Belanja Modal	10.163.996.335.000	9.025.963.805.625	88,80%
Total	32.842.122.747.000	29.371.332.788.551	89,43%

Capaian realisasi belanja pegawai telah berjalan sesuai rencana yang telah ditetapkan. Capaian realisasi belanja barang kurang optimal (88,51%) karena:

1. Dari total pagu belanja barang Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, sebesar 91,29% merupakan pagu bersumber dana BLU. Sedangkan mekanisme belanja bersumber dana BLU dibayar dengan pendapatan satuan kerja.
2. Penyesuaian belanja bersumber dana BLU/PNBP terhadap kebutuhan dan pendapatan satker terutama pada belanja persediaan, operasional, obat-obatan, dan BMHP.
3. Pembayaran remunerasi pada satker UPT sesuai dengan realisasi pendapatan satker BLU dan berdasarkan KMK remunerasi terbaru (capaian kinerja).
4. Pengadaan Alkes SIHREN untuk diserahkan ke masyarakat (Rumah Sakit Daerah) masih dalam proses pengadaan dan tidak dapat terealisasi pada tahun anggaran 2024.

5. Terdapat pagu blokir senilai Rp120,6M.

Sedangkan realisasi pada belanja modal masih rendah (88,80%) karena:

1. Belanja modal BLU tidak terealisasi senilai Rp387,13M
2. Pengadaan Alkes SIHREN tidak terealisasi senilai Rp107,6M
3. Sisa alokasi Pembangunan RS Vertikal senilai Rp248M
4. Pembangunan Gedung Gene Bank tidak dapat terealisasi senilai Rp29M
5. Pembangunan gedung RSCM tidak mampu laksana senilai 298,6M
6. Pagu blokir senilai 59,17M

c. Realisasi per Jenis Sumber Dana

Sumber Dana	Pagu	Realisasi	%
Rupiah Murni (RM)	8.029.278.456.000	7.244.115.536.405	90,22%
Pinjaman Luar Negeri (PLN)	4.284.238.461.000	3.278.502.962.519	76,52%
Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP)	70.292.948.000	69.957.121.730	99,52%
Badan Layanan Umum (BLU)	20.456.254.327.000	18.776.698.808.110	91,79%
Hibah Langsung Luar Negeri (HLLN)	2.058.555.000	2.058.359.787	99,99%
Total	32.842.122.747.000	29.371.332.788.551	89,43%

Jika dilihat realisasi per sumber dana, realisasi terendah terdapat pada belanja bersumber dana Pinjaman Luar Negeri (76,52%). Rendahnya realisasi belanja sumber dana PLN terjadi karena program SIHREN dengan alokasi senilai Rp957M belum dapat terealisasi dan masih dalam proses pengadaan Alkes di Biro Pengadaan Barang dan Jasa. Selain itu juga terdapat efisiensi belanja Program IsDB senilai Rp22,13M dan Program I-SPHERE senilai Rp19,33M.

d. Realisasi per Jenis Kegiatan

No	Kegiatan	Pagu	Realisasi	%
1	Pembinaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	5.275.234.144.000	4.035.520.927.012	76,50%
2	Pembinaan Pelayanan Kesehatan Primer	18.755.030.000	18.346.876.077	97,82%
3	Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan	69.322.264.000	46.274.801.691	66,75%
4	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	3.513.845.882.000	3.309.988.200.273	94,20%

No	Kegiatan	Pagu	Realisasi	%
5	Pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan	26.148.848.000	25.107.360.273	96,02%
6	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan	23.901.037.785.000	21.899.837.088.376	91,63%
7	Pembinaan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan	37.778.794.000	36.257.534.849	95,97%
	TOTAL	32.842.122.747.000	29.371.332.788.551	89,43%

Berdasarkan realisasi per jenis kegiatan, realisasi terendah terdapat pada kegiatan Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan capaian realisasi sebesar 66,75%, hal ini karena DIPA untuk Proyek Pengampunan Teknis Pelayanan Jantung, Stroke, Urology, Kesehatan Ibu dan Anak – Project IHSSP terbit pada bulan Oktober Tahun 2024 sehingga efektif pelaksanaan kegiatan sekitar 2 bulan dan terdapat kegiatan yang tidak terlaksana karena tidak ada pasien yaitu proctoring, transplantasi, clipping, dan sebagainya. Selain itu untuk Pengampunan Teknis Pelayanan Kanker - Project IHSSP belum ada persetujuan dari lender (IsDB) atas usulan perubahan dari *consulting* ke swakelola, sehingga sampai akhir Desember tidak dapat terlaksana.

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator	Target 2024	Realisasi Tahun 2024
Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	89,43%

Pada Tahun Anggaran 2024 target kinerja tidak tercapai, Adapun capaian kinerja realisasi anggaran sebesar 89,43% dari target sebesar 95%.

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

Berikut telampir rincian realisasi kinerja pada indikator direktif Menteri yaitu Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran 2020-2024:

(dalam ribuan)

TAHUN	PAGU	REALISASI	%
2020	37.415.416.049	34.474.945.198	92,14
2021	103.554.944.761	100.406.352.985	96,96
2022	57.625.341.870	52.724.595.916	91,50
2023	27.890.542.515	25.853.355.332	92,70

TAHUN	PAGU	REALISASI	%
2024	32.842.122.747	29.371.332.788	89,43

Sebagai informasi, indikator direktif Menteri yaitu Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan baru diterapkan sebagai capaian kinerja pada tahun 2023.

Pada tahun 2024, Realisasi belanja Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sampai dengan 31 Desember 2024 terealisasi sebesar Rp29.371.332.788.551,- (89,43%) dari total pagu Rp32.842.122.747,000,-.

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024) yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

Indikator direktif menteri atas Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tidak terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi.

10) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Pencapaian dan target indikator Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tidak dapat dibandingkan dengan standar nasional. Pada tingkat nasional, perbandingan capaian realisasi anggaran dilakukan atas persentase total realisasi pada Kementerian Kesehatan. Selain itu, akses atas data capaian persentase realisasi Kementerian/Lembaga lain tidak dimiliki oleh Ditjen Yankes.

11) Permasalahan

Berdasarkan hasil Evaluasi Pelaksanaan Anggaran Triwulan IV TA 2024 di lingkungan Kementerian Kesehatan oleh Direktorat Pelaksanaan Anggaran Kementerian Keuangan maka hal-hal yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

- Masih adanya pagu *Automatic Adjustment*
- Adanya tambahan BA BUN pada triwulan IV untuk alokasi belanja modal
- Transisi SOTK dari kabinet Indonesia Maju ke Kabinet Merah Putih.

12) Usulan Pemecahan Masalah

- Terkait pemanfaatan AA, sampai dengan rapat bersama Direktorat Pelaksanaan Anggaran pada tanggal 13 November 2024 sudah melewati batas revisi DJA. Sehingga sudah tidak bisa diajukan penggunaan.
- Ada tambahan BA BUN untuk RSCM dan RS PON. Untuk RSCM kemungkinan tidak terealisasi karena waktu s.d. 31 Desember 2024 tidak cukup untuk pembangunan gedung (DIPA terbit tanggal 08 November 2024).
- Transisi SOTK dari kabinet Indonesia Maju ke Kabinet Merah Putih, akan mulai diterapkan tahun 2025, menunggu terbitnya Permenkes.
- Para PPK memastikan penyelesaian kontrak s.d. Desember 2024.

13) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

Nilai persentase realisasi anggaran tahun 2024 (89,43%) tidak mencapai target 95%. Berikut adalah penyebab tidak tercapainya target realisasi anggaran tahun 2023:

- Belanja barang BLU tidak terealisasi senilai 990,36M
- Pengadaan Alkes SIHREN tidak terealisasi senilai 935,17M
- Belanja modal BLU tidak terealisasi 387,13M
- Pembangunan gedung RSCM tidak mampu laksana senilai 298,6M
- Sisa alokasi Pembangunan RS Vertikal senilai 248M
- Pagu blokir senilai 179,77M
- Belanja pegawai tidak terealisasi 63,2M atas alokasi penambahan pegawai PPPK/CPNS

Alternatif solusi yang telah dilakukan:

- Monitoring Penyerapan Realisasi Anggaran dan progress kegiatan tahun 2024 secara rutin per bulan;
- Melakukan pengawalan atas Belanja Penting pada Ditjen Yankes;
- Menginstruksikan kepada Satuan Kerja BLU untuk melakukan pengesahan belanja minimal 2x per bulan;
- Melakukan realokasi dan pemanfaatan sisa anggaran yang tidak terserap agar Anggaran terserap maksimal.

14) Analisis Efisiensi penggunaan Sumber Daya

Dari total pagu yang dialokasikan untuk melakukan pencapaian indikator Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar Rp1.451.598.000, sampai dengan 31 Desember 2024 dapat dilakukan realisasi sebesar Rp1.450.637.633 atau sebesar 99,93% dari total pagu.

(dalam ribuan rupiah)

Output Program/Kode/Kegiatan/KRO/RO/Komponen/ Sub Komponen		Pagu	Realisasi	%
4813.EBD.955.051 (A)	Optimalisasi Pencapaian Nilai IKPA dan Evaluasi Pelaksanaan Anggaran Ditjen Yankes	282.745	282.589	99,95
4813.EBD.955.051 (B)	Peningkatan Kualitas Pelaksanaan Anggaran di Lingkungan Ditjen Yankes	471.865	471.583	99,94
4813.EBD.955.051 (C)	Langkah-langkah dan strategi Pelaksanaan Anggaran Awal Tahun 2024 di Lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan	160.740	160.731	99,99
4813.EBD.955.051 (D)	Evaluasi Pelaksanaan Anggaran dalam rangka Pengadaan Barang/Jasa	22.114	22.113	100,00
4813.EBD.955.051 (E)	Pertemuan Langkah-langkah Pelaksanaan	298.314	297.990	99,89

Output Program/Kode/Kegiatan/KRO/RO/Komponen/Sub Komponen		Pagu	Realisasi	%
	Anggaran Akhir Tahun 2024			
4813.EBD.955.051 (F)	Koordinasi Lintas Program/Sektor	215.820	215.628	99,91
Jumlah		1.451.598	1.450.638	99,33

15) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:

- Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan per bulan.
- Melaksanakan Evaluasi atas Pelaksanaan Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan setiap triwulan.
- Melaksanakan kegiatan Percepatan Pelaksanaan Anggaran bersama satuan kerja di lingkungan Ditjen Yankes dengan turut mengundang Kementerian Keuangan (Direktorat Pelaksanaan Anggaran, Direktorat Jenderal Anggaran, KPPN Jakarta VII, dan KPP Pratama Jakarta).
- Menyampaikan instruksi Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan kepada Kepala satuan kerja di lingkungan Ditjen Yankes untuk melakukan Percepatan Pelaksanaan Anggaran Tahun 2024.
- Menyampaikan instruksi dari Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan kepada Direktur Utama/Kepala Satuan Kerja Vertikal Ditjen Yankes untuk melakukan Percepatan Pelaksanaan Anggaran Tahun 2024.
- Membuat surat edaran dan melakukan sosialisasi terkait Langkah-langkah Awal dan Akhir Tahun 2024 di Lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan dengan mengundang Narasumber dari Kementerian Keuangan.

Indikator Kinerja Program (IKP) Tahun 2025:

a. Persentase faskes lanjutan dengan SPA kesehatan sesuai standar

Indikator ini merupakan bagian dari upaya pemerintah dalam memastikan tersedianya pelayanan kesehatan yang layak dan bermutu bagi masyarakat. Hal ini sejalan dengan amanat UUD 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, serta bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai.

Undang Undang Dasar No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau. Salah satu wujud nyata dari komitmen tersebut adalah memastikan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit dan

faskes lanjutan lainnya, memiliki sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA) yang sesuai standar.

Dalam pedoman survey Akreditasi Rumah Sakit tercantum bahwa Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dari standar yang ditetapkan dan diinputkan pada Aplikasi Sarana, Prasarana Dan Alat Kesehatan (ASPAK). Namun, ambang batas pada periode 2025 - 2029 dinaikan menjadi sebesar 80%. Dengan kenaikan ambang batas tersebut diharapkan mutu pelayanan kesehatan dan kompetensi di fasyankes lanjutan dapat meningkat. Oleh karena itu, capaian indikator ini menjadi salah satu tolak ukur penting dalam mendukung mutu layanan kesehatan dan pelaksanaan tanggung jawab negara dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang adil dan merata.

1) Definisi Operasional

Persentase fasilitas kesehatan lanjutan (RS dan UPD) milik pemerintah (Kemenkes,Prov,Kab/kota) dengan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dalam ASPAK 80% sesuai standar

Fasilitas Kesehatan Lanjutan yang dimaksud dalam indikator ini adalah Rumah Sakit dan Unit Pengolah Darah milik Pemerintah Pusat (Kementerian Kesehatan) dan Pemerintah Daerah (Provinsi, Kab/Kota).

2) Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah RS dan UPD milik pemerintah (Kemenkes,Prov,Kab/kota) yang memiliki sarana, prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK 80\% sesuai standar}}{\text{Jumlah RS dan UPD milik pemerintah}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Nominator : Jumlah Rumah Sakit dan Unit Pelayanan Darah milik pemerintah (Kemenkes,Prov,Kab/Kota) yang memiliki sarana, prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK 80% sesuai standar

Denominator : Jumlah Rumah Sakit dan Unit Pelayanan Darah milik pemerintah (Kemenkes,Prov,Kab/Kota)

Data capaian diambil dari data ASPAK per 5 Juni 2025. Persentase kelengkapan sarana, prasarana dan alat kesehatan (SPA) dihitung berdasarkan kelengkapan masing-masing komponen dengan kumulatif proporsi yaitu 50% untuk sarana, 20% untuk prasarana dan 30% untuk alat. Dalam pentahapan update data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK juga dilakukan proses Validasi oleh Dinas Kesehatan untuk melihat kesesuaian data SPA di ASPAK dengan yang ada di lapangan. Validasi dilakukan dengan cara membandingkan kesesuaian kondisi data Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK dengan kondisi yang sesuai di RS yang bersangkutan. Validasi untuk RS Kelas D dan C, dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Validasi untuk RS Kelas B dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, sedangkan untuk Validasi RS Kelas A dilakukan oleh Kementerian Kesehatan.

Validasi dilakukan secara periodik paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun dan bila diperlukan sesuai kebutuhan, misalnya untuk pengajuan perizinan, akreditasi, dan lain-lain. Kendala saat ini bahwa hingga akhir semester 1 tahun 2025, Update data SPA RS pada ASPAK tidak dilakukan secara rutin (bila ada perubahan kondisi pada SPA) serta belum semua Dinas Kesehatan melakukan Validasi Data SPA tersebut.

3) Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

Target Tahun 2025 sebesar 45% fasyankes lanjutan dengan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar. Penanggung jawab dari indikator ini adalah Tim Kerja Standarisasi Alat Kesehatan, Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Rujukan dan Tim Kerja Desain dan Penunjang lainnya di Fasyankes Rujukan. Pencapaian indikator persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar dengan cara mengolah data pemenuhan SPA RS dan UPD berdasarkan ASPAK.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk dapat mencapai target indikator persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar terbagi dua yaitu kegiatan yang berkaitan dengan upaya pemenuhan SPA Rumah Sakit dan kegiatan yang berkaitan dengan upaya pemenuhan SPA UPD. Berikut rinciannya:

- a) Kegiatan yang dilaksanakan dalam upaya pemenuhan SPA Rumah Sakit melalui:
 - (1) Bimbingan Teknis Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) untuk Ketersediaan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit
 - (2) Pemenuhan Alat Kesehatan KJSU dan KIA (melalui pelaksanaan kegiatan Program SIHREN) maupun non-KJSU KIA (melalui DAK)
- b) Kegiatan yang dilaksanakan dalam upaya pemenuhan Sarana Prasarana di Unit Pengelola Darah (UPD) melalui:
 - (1) Melakukan pemetaan pemenuhan Sarana Prasarana di Unit Pengelola Darah (UPD)
 - (2) Melakukan Bimbingan Teknis pemenuhan Sarana Prasarana di Unit Pengelola Darah (UPD)
 - (3) Monitoring dan Evaluasi pemenuhan Sarana Prasarana di Unit Pengelola Darah (UPD)

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

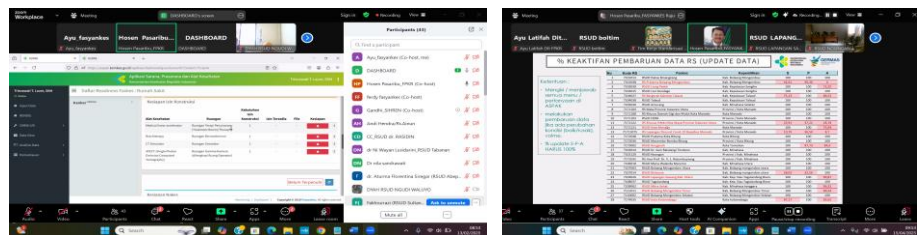
Berdasarkan definisi operasional untuk pencapaian target indikator ini adalah dengan menghitung jumlah Rumah Sakit dan Unit Pelayanan Darah milik Pemerintah yang memiliki SPA minimal 80%, maka dari itu upaya yang dilaksanakan terbagi dua yaitu upaya pemenuhan SPA di Rumah Sakit dan Upaya pemenuhan SPA di Unit Pelayanan Darah, berikut rinciannya:

- a) **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target pemenuhan SPA di Rumah Sakit**

Dalam rangka pemenuhan Standar Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan atau dalam hal ini Rumah Sakit agar dapat melakukan pelayanan prioritas dilakukan Bimbingan teknis kepada RSUD dan selanjutnya sebagai bentuk intervensi yang dilakukan untuk mempercepat pemenuhan SPA RS untuk pelayanan 9 penyakit prioritas diberikan bantuan alat Kesehatan untuk layanan KJSU – KIA, maupun non-KJSU KIA.

(1) Bimbingan Teknis

Dalam rangka pemenuhan SPA serta mendukung pengembangan layanan prioritas dan jejaringnya, Direktorat Fasilitas pelayanan Kesehatan Rujukan memiliki tupoksi pembinaan fasilitas yaitu sarana prasarana dan alat kesehatan (SPA) di fasilitas pelayanan kesehatan. Program bimbingan teknis serta monitoring dan evaluasi ASPAK dilakukan oleh Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan untuk membantu rumah sakit dan pemerintah daerah dalam menyediakan SPA sesuai standar, termasuk SPA layanan prioritas maupun non-prioritas. Kegiatan monitoring dan evaluasi pemenuhan SPA layanan prioritas bertujuan untuk memberikan pembinaan kepada rumah sakit dan pemerintah daerah untuk pemenuhan SPA pelayanan prioritas sesuai standar di wilayah kerjanya.



Gambar 3.10 Bimbingan Teknis melalui Pertemuan Daring

(2) Pemenuhan Alat Kesehatan KJSU dan KIA maupun non-KJSU KIA

Pemenuhan alat kesehatan layanan KJSU-KIA mengikuti pemetaan yang telah didiskusikan dan direview secara bersama dengan lintas sektor. Selain itu terdapat diskresi/ keperluan khusus yang berhubungan dengan kegiatan nasional. Proses pemenuhan alat kesehatan layanan KJSU-KIA dilakukan melalui pendanaan :

- APBN/ PHLN

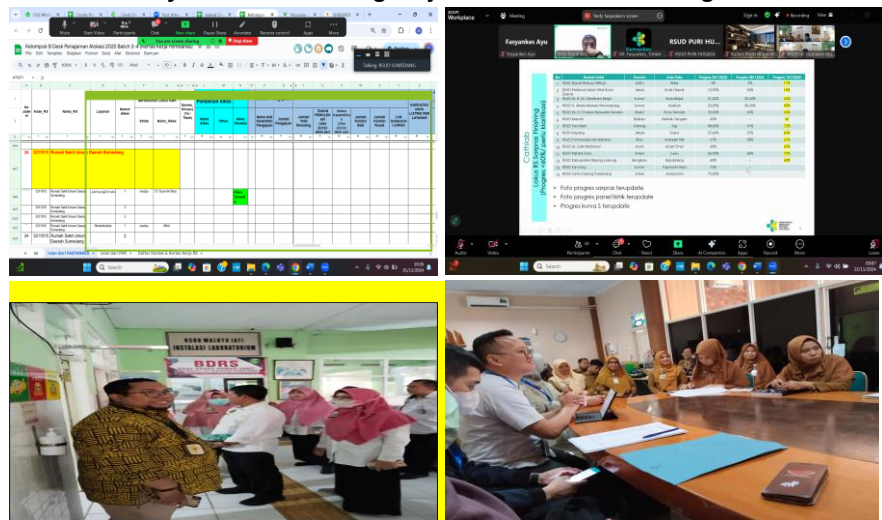
Adapun pemenuhan alat kesehatan bagi rumah sakit vertikal dilakukan melalui APBN ataupun PHLN seperti kegiatan ISPHRE, IsDB dan SIHREN. Sedangkan pemenuhan alat kesehatan bagi rumah sakit umum daerah (RSUD) melalui program APBN ataupun PHLN seperti kegiatan IsDB dan SIHREN.

Proses pemenuhan alat kesehatan layanan non KJSU-KIA dilakukan melalui pendanaan :

- DAK

Pemenuhan alat kesehatan melalui DAK tahun 2025 untuk layanan regular maupun layanan KJSU-KIA bagi rumah sakit milik pemda

provinsi/ kabupaten/ kota pada strata madya/ utama/ paripurna dimana usulan alatnya berbeda dengan jenis alat melalui Program SIHREN.



Gambar 3.11 Monitoring Kesiapan RSUD dalam Pemenuhan Alat Kesehatan

(3) Penyusunan Pedoman Teknis Peralatan Kesehatan

Pemenuhan alat kesehatan terkait dengan layanan KJSU-KIA dan non KJSU-KIA tidak hanya berupa pengadaan alat kesehatan untuk mendukung layanan namun perlu memperhatikan secara keseluruhan proses manajemen pengelolaannya. Dari hasil proses pemetaan kebutuhan alat kesehatan pada rumah sakit diperlukan pengetahuan yang memadai untuk proses pengelolaannya mulai dari penilaian kebutuhan, perencanaan, pengadaan, instalasi, uji fungsi, pelatihan, pengoperasian, pemeliharaan sampai dengan penghapusan. Hal tersebut menjadi penting mengingat akan berdampak pada besarnya biaya pelayanan kesehatan sekaligus pada biaya pemeliharaan alkes tersebut, terutama untuk menjaga alkes dapat berfungsi dan memiliki performa yang baik saat digunakan. Untuk itu pihak rumah sakit perlu dibekali pengetahuan yang memadai mengenai penyiapan sarana prasarana yang sesuai agar pemenuhan alat kesehatan dapat digunakan secara optimal. Salah satu langkahnya yaitu dengan menyusun pedoman sebagai acuan dalam mengelola alat kesehatan.

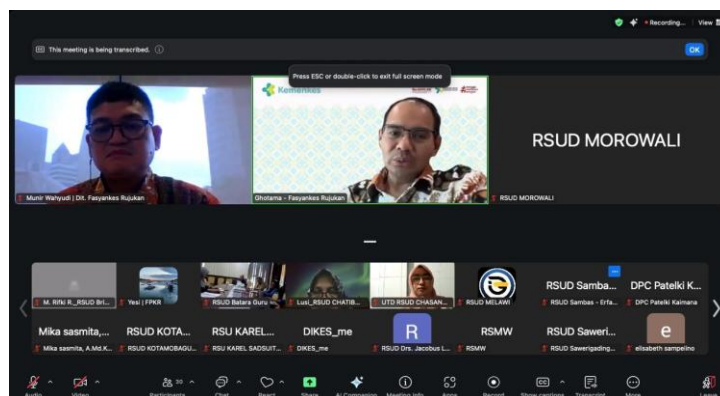
PARIPIJARAN	UTAMA	MADYA
1. Biological Safety Cabinet (BSC) Kelas II Tipe A2	BSC Kelas II Tipe A2	BSC Kelas II Tipe A2
2. Fume Hood	Fume Hood	Fume Hood
3. Autoclave Inaktif	Autoclave Inaktif	Autoclave Inaktif
4. Medical Refrigerator (2-8)	Medical Refrigerator (2-8)	Medical Refrigerator (2-8)
5. Deep Refrigerator (-20)	Deep Refrigerator (-20)	Deep Refrigerator (-20)
6. Freezer (-80)	Freezer (-80)	Freezer (-80)
7. Liquid nitrogen sample storage system	Liquid nitrogen sample storage system	Liquid nitrogen sample storage system
8. Hematology analyzer	Hematology analyzer	Hematology analyzer
9. Clinical chemistry analyzer	Clinical chemistry analyzer	Clinical chemistry analyzer
10. Electrode blood gas analyzer	Electrode blood gas analyzer	Electrode blood gas analyzer
11. Bedside blood gas analyzer	Bedside blood gas analyzer	Bedside blood gas analyzer
12. Bedside activated clotting time	Bedside activated clotting time	Bedside activated clotting time
13. Immunology analyzer	Immunology analyzer	Immunology analyzer
14. Flowcytometer	Flowcytometer	Flowcytometer
15. (This system beater dan reader)	(This system beater dan reader)	(This system beater dan reader)

Gambar. Penyusunan Pedoman Teknis Alat Kesehatan

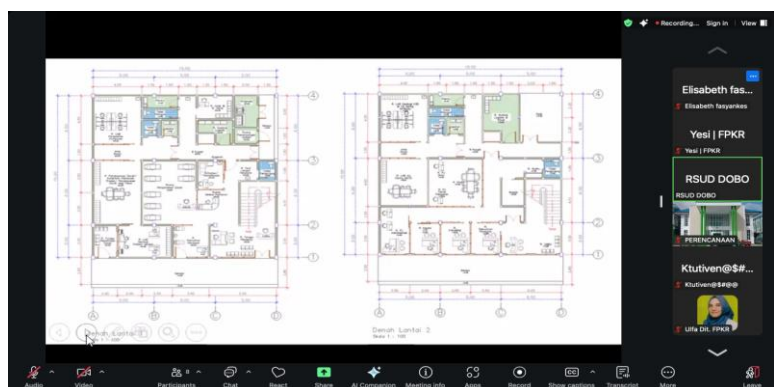
b) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target pemenuhan Sarana Prasarana di Unit Pengelola Darah (UPD)

Dalam rangka pemenuhan kebutuhan pemenuhan standar Sarana dan Prasarana di Unit Pengelola Darah (UPD), berikut kegiatan yang dilaksanakan pada tahun 2025:

- (1) Pemetaan Pemenuhan Sarana Prasarana di Unit Pengelola Darah (UPD) melalui kegiatan :
 - a. Sosialisasi Perizinan, Registrasi dan Akun ASPAK pada UPD tanggal 30 April 2025



- b. Advokasi Kabupaten Kota yang belum memiliki UPD tanggal 12 Maret 2025



5) Pencapaian Kinerja

Berikut tabel realisasi target Semester I Tahun 2025 untuk indikator Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar.

No	Indikator Target	Target 2025	Realisasi SMT I 2025	Capaian SMT I 2025
1	Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45%	24,8%	55%

Dari target yang ditetapkan pada tahun 2025 yaitu sebesar 45% sampai dengan semester I tahun 2025 sudah terealisasi sebesar 24,8% atau tercapai sebesar 55% dari target tahun 2025. Realisasi tersebut merupakan persentase dari Jumlah RS dan UPD milik pemerintah (Kemenkes, Prov, Kab/kota) yang memiliki sarana, prasarana dan Alat Kesehatan di ASPAK 80% sesuai standar.

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Sampai dengan Semester I tahun 2025 sebanyak 24,8% fasilitas kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan UPD) telah memiliki kelengkapan sarana, prasarana dan alat sebesar 80%, data tersebut diperoleh berdasarkan data ASPAK per Juni 2025. persentase tersebut didapatkan dari data ASPAK RS dan UPD milik pemerintah (Kemenkes,Prov,Kab/kota) dengan rincian realisasi sbb :

Kriteria	Rumah Sakit	UPD
Jumlah Fasyankes	916	286
SPA >80%	237	61
% Realisasi	26%	21%

Capaian semester I sebanyak 26% Rumah Sakit (RS) yang telah memenuhi sarana, prasarana, dan alat (SPA) sebesar 80%, yaitu 237 RS dari total 916 RS, sedangkan sebanyak 21% Unit Pengelola Darah (UPD) yang telah memenuhi sarana, prasarana, dan alat (SPA) sebesar 80%, yaitu 61 UPD dari total 286 UPD.

Hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar fasyankes belum memenuhi standar pelayanan minimal yang ditetapkan (>80%). Penyebabnya dapat berupa data SPA yang tidak *ter-update* karena kurangnya kepatuhan pengisian ASPAK oleh petugas maupun kurangnya SDM untuk pengisian/update ASPAK. Selain itu, perubahan kelas RS (naik kelas) dan penurunan fungsi atau kerusakan alkes juga dapat menyebabkan turunnya nilai SPA secara kumulatif, serta RS membeli alkes yang sama dengan alkes yang sudah ada, sehingga pada ASPAK tidak terhitung perubahan persentase nilai pemenuhannya.

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja semester I tahun 2025 untuk indikator Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar :

No	Indikator Target	Target 2025	Realisasi SMT I 2025	Capaian SMT I 2025
1	Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45%	24,8%	55%

Target 2025 sebesar 45% dan Realisasi Semester 1 tahun 2025 sebesar 24,8%. Realisasi tersebut di dapat dari penjumlahan perhitungan ketersediaan SPA di Rumah Sakit yaitu 26% dan ketersediaan SPA di Unit Pelayanan Darah 21%. Capaian semester 1 sudah memenuhi setengah dari target tahunan secara ideal (idealnya semester 1 = 50% dari target, sehingga secara linear, kinerja semester 1 sesuai dengan yang diharapkan).

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

Realisasi indikator Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar tidak dapat dibandingkan dengan realisasi indikator pada tahun sebelumnya dan beberapa tahun terakhir karena terdapat perbedaan pada beberapa aspek di dalam indikator, berikut tabel perbandingan komponen pembentuk indikator tahun 2024 dan 2025 :

Tahun / Semester	Jenis Fasyankes	Ambang SPA	Jumlah Total	Memenuhi Ambang	% Capaian
2024 (Tahunan)	Rumah Sakit Pemerintah (Prov, Kab/Kota)	60%	747 RS	704 RS	94,24%
	Lab. Kesehatan	60%	259 Lab	259 Lab	100%
2025 (SMT I)	Rumah Sakit Pemerintah (Kemenkes, Prov, Kab/Kota)	80%	916 RS	237 RS	25,87%
	Unit Pelayanan Darah	80%	286 Unit	61 Unit	21,33%

Indikator yang terkait pada tahun sebelumnya adalah **Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar** dimana pada indikator tersebut fasyankes rujukan yang diukur adalah Rumah Sakit (Pemerintah Daerah) dan Laboratorium milik pemerintah sedangkan pada tahun 2025 ini yang diukur adalah Rumah Sakit Milik Pemerintah (Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah) dan Unit Pelayanan Darah (UPD), serta ambang batas yang ditetapkan untuk standar SPA pada tahun 2024 adalah sebesar 60% dan pada tahun 2025 ambang batas yang di tetapkan naik menjadi 80%.

Dengan kenaikan ambang batas tersebut Rumah sakit mengalami penurunan capaian signifikan dari 94,24% → 25,87%, yang mencerminkan perlu perhatian yang tinggi pada pemenuhan SPA di RS untuk memenuhi SPA level 80%. Perubahan Ambang Batas SPA dari 60% ke 80% sangat mempengaruhi persentase capaian. Capaian rendah di 2025 bukan semata kegagalan, tetapi merupakan cerminan tahap transisi ke standar yang lebih tinggi.

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah

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

No	Indikator Target	Target					Realisasi SMT 1 2025	Capaian SMT 1 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		

1	Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45%	60%	70%	75%	80%	24%	53,3%

Realisasi kinerja Semester 1 Tahun 2025 telah mencapai sekitar 53,3% dari target tahunan sebesar 45%. Jika tren pencapaian berjalan secara linear dan peningkatan kinerja dapat dilakukan pada Semester 2, maka target tahunan 2025 masih berpeluang untuk tercapai. Capaian ini menunjukkan bahwa kinerja saat ini masih berada dalam jalur yang sesuai untuk memenuhi target tahun 2025. Namun demikian, tantangan yang lebih besar harus dihadapi didepan, mengingat target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029 menunjukkan tren peningkatan yang signifikan setiap tahunnya.

10) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

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

11) Permasalahan

Dalam upaya melaksanakan kegiatan pencapaian indikator Persentase Faskes Lanjutan dengan SPA sesuai standar terdapat permasalahan-permasalahan di masing-masing komponen, berikut rincian permasalahan per komponen pembentuk indikator :

a. Rumah Sakit :

Berikut permasalahan yang terdapat pada komponen Rumah Sakit :

- (4) Terjadi penurunan nilai kumulasi yang dapat diakibatkan karena perubahan kelas RS (naik kelas) dan juga *update* data kondisi SPA, seperti kondisi alkes yang mengalami penurunan fungsi / rusak.
- (5) Tingkat kepatuhan dan keaktifan RS dalam pengisian ASPAK yang masih belum optimal, petugas ASPAK RS tidak rajin dalam melakukan *updating* data SPA perolehan tahun anggaran sebelumnya ke aplikasi ASPAK.
- (6) Kurangnya SDM di rumah sakit untuk pengisian data ASPAK. Selain itu, petugas pengisian ASPAK di daerah sering berganti dan tidak ada *transfer knowledge* antara petugas lama dengan petugas baru sehingga pengisian maupun *updating* datanya terhenti.
- (7) Setiap tahun terdapat RS baru berdiri dan apabila pengisian ASPAKnya tidak segera dilakukan, maka akan mempengaruhi capaian kumulatif nilai kelengkapan SPA secara nasional.
- (8) RS membeli alkes yang sama dengan alkes yang sudah ada, sehingga pada ASPAK tidak terhitung perubahan persentase nilai pemenuhannya.

Interkoneksi permasalahan dengan unit utama lain mencakup pada bagian Sarana dan Prasarana yang pemenuhannya lebih mudah untuk dicapai mengingat jenisnya

tidak banyak, tetapi pada pemenuhan Alat Kesehatan perlu waktu dalam pencapaiannya terkait dengan hal yang lain terutama dengan anggaran pemenuhan. Pemenuhan alkes untuk RS milik pemerintah daerah ini masih perlu dukungan berbagai pihak, sebab sebagian besar RS pemerintah daerah masih mengandalkan anggaran DAK sebagai sumber Utama dalam pemenuhan alkesnya, sedangkan alokasi DAK saat ini sifatnya tematik, sebagian besar alokasi anggarannya untuk prioritas KJSU-KIA.

b. Unit Pelayanan Darah (UPD):

Berikut permasalahan yang terdapat pada komponen Unit Pelayanan Darah (UPD) :

- (1) Efisiensi anggaran dan tidak ada anggaran kegiatan dalam Timker Desain dan Penunjang Lainnya selain anggaran terkait UPD, sehingga tidak ada anggaran yang bisa disesuaikan untuk pencapaian indikator.
- (2) Kepatuhan Unit Pengelola Darah (UPD) mengisi ASPAK yang baik dan benar, masih rendah.
- (3) Masih ada UPD yang belum mengurus Izin Operasional dan Registrasi Fasyankes.

Interkoneksi Permasalahan dengan Unit Utama Lain yaitu kegiatan pembinaan perizinan operasional UPD dilakukan pada Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan dan pembinaan registrasi Fasyankes terdapat di Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sehingga untuk mendorong capaian target indikator UPD perlu koordinasi secara terus menerus dengan unit utama lain.

12) Pemecahan Masalah

Dalam pelaksanaan kegiatan pencapaian indikator Persentase Fasilitas Kesehatan Lanjutan dengan SPA sesuai standar, telah diidentifikasi sejumlah permasalahan yang muncul pada masing-masing komponen pembentuk indikator. Permasalahan-permasalahan ini berdampak pada pencapaian target kinerja. Berikut tindak lanjut yang dilakukan untuk mengatasi kendala-kendala tersebut :

a. Rumah Sakit :

- (1) Kemenkes menyediakan anggaran untuk pemenuhan Sarana, Prasarana, terutama Alat Kesehatan untuk layanan non KJSU KIA melalui program DAK setiap tahunnya.
- (2) Alat kesehatan layanan prioritas seperti KJSU - KIA dipenuhi melalui Program SIHREN
- (3) Membuat Readines Criteria Alkes SIHREN
- (4) Mendorong RS dalam pemenuhan alat kesehatan tidak hanya mengandalkan DAK sebagai sumber pendanaan utama, namun pemenuhan dapat dilakukan dengan menggunakan BLUD dan APBD, terutama pemenuhan alkes yang belum ada di masing-masing layanan RS, yaitu dengan melihat *gap* pada data ASPAK.

- (5) Kementerian Kesehatan dapat menyegerakan pemenuhan alat kesehatan melalui anggaran Program SIHREN.
- (6) Dilaksanakan Workshop ASPAK untuk mendukung pelaksanaan proyek SIHREN dalam hal pemenuhan alat kesehatan yang mendukung layanan KJSU terkait kesiapan sarana, prasarana dan SDM rumah sakit.

b. Unit Pelayanan Darah :

- (1) Melakukan pembinaan Teknis Peningkatan Kemampuan UTD sesuai standar melalui daring, yang sebenarnya masih kurang efektif.
- (2) Melakukan monitoring dan evaluasi Pemenuhan SPA UTD sesuai standar melalui daring, yang sebenarnya masih kurang efektif.
- (3) Membuka helpdesk dan ruang konsultasi via daring dalam rangka pembinaan kepatuhan Unit Pengelola Darah (UPD) mengisi ASPAK yang baik dan benar.
- (4) Membuat Group WA bersama seluruh UPD dan melakukan koordinasi secara berkala bersama Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dalam rangka mengawal dan mendampingi UPD yang masih berkendala untuk mengurus Izin Operasional dan Registrasi Fasyankes.

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

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

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Dukungan teknis dari kementerian/lembaga	Ketergantungan pada dorongan eksternal (insentif, tekanan regulasi)	Bertambahnya RS baru dan RS yang naik kelas sebagai momen integrasi SPA	Ketidakkonsistenan pengisian data akibat pertambahan jumlah RS
Advokasi berkelanjutan kepada daerah	Kapasitas SDM dan infrastruktur antar daerah	Integrasi data ASPAK sebagai dasar pengambilan keputusan pusat dan daerah	Persepsi pengisian data hanya sebagai kewajiban administratif
Keterkaitan data ASPAK dengan anggaran, izin, dan akreditasi	Pengisian data dianggap beban administratif	Teknologi komunikasi jarak jauh untuk pembinaan SPA yang lebih luas dan efisien	Ketergantungan pada pendampingan pusat, rentan jika pendampingan melemah

Pendampingan lintas level pemerintahan (Kemenkes, Dinkes Provinsi, Kab/Kota)	Belum optimalnya pemanfaatan data untuk perbaikan mutu internal RS	Potensi sistem reward berbasis capaian SPA dan ketepatan data	Koordinasi lintas sektor dan antar daerah yang tidak merata
Keaktifan RS dalam updating data secara kontinu			

14) Efisiensi 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 yang mendukung pencapaian indikator Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar :

Kegiatan	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Rumah Sakit				
052 Sosialisasi NSPK Bidang Peralatan Kesehatan	211.850.000	201.050.000	10.800.000	-
051 Penyusunan Pedoman Teknis Peralatan Kesehatan Layanan Prioritas Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	200.000.000	91.000.000	109.000.000	-
052 Pedoman Teknis Peralatan Kesehatan Layanan Penyakit Infeksi Emerging (PIE)	200.000.000	91.000.000	109.000.000	-
053 Pedoman Teknis Peralatan Kesehatan Layanan TB	200.000.000	91.000.000	109.000.000	-
051 Pengadaan peralatan Kesehatan dan pendukungnya untuk Rumah Sakit - WB_AIIB (SIHREN) (LR - 11)	2.866.154.473.000	1.420.434.202.000	1.445.720.271.000	-

Unit Pelayanan Darah				
051 Bimbingan Teknis Peningkatan Kemampuan UTD Sesuai Standar	644.500.000	590.316.000	54.184.000	-
051 Rapat Persiapan Monitoring dan Evaluasi Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat UTD	38.925.000	17.325.000	21.600.000	-
052 Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat UTD	696.919.000	653.797.000	43.122.000	-
ASPAK				
051 Bimbingan Teknis Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) untuk Ketersediaan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit	955.694.000	820.043.000	135.651.000	-
053 Pemeliharaan Aplikasi dalam meningkatkan kemampuan dan kemanfaatan Data ASPAK	160.075.000	60.075.000	100.000.000	-
054 Peningkatan Pengelolaan Data ASPAK	51.105.000	29.837.000	21.268.000	-
055 Bimbingan Teknis Pengelolaan Data ASPAK Penyelenggaraan Institusi Penguji Fasilitas Kesehatan di Fasyankes	86.895.000	44.055.000	42.840.000	26.357.273
052 Monitoring dan Evaluasi Teknis Penggunaan Dashboard Alkes PDN melalui ASPAK	189.583.000	129.545.000	60.038.000	-
054 Monitoring dan Evaluasi ASPAK untuk ketersediaan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan	240.090.000	234.690.000	5.400.000	-
Total	2.870.030.109.000	1.423.487.935.000	1.446.542.174.000	26.357.273

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar sebesar Rp. 2.870.030.109.000,- dimana 50% dari total alokasi anggaran tersebut terblokir dan untuk nilai anggaran yang tersedia sebesar Rp. 1.446.542.174.000,-.

Dengan jumlah blokir anggaran yang cukup tinggi maka pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan alternatif yang lebih efisien, pelaksanaan kegiatan yang dilakukan sbb :

- a) Melakukan pembinaan Teknis secara daring
- b) Melakukan monitoring dan evaluasi Pemenuhan SPA melalui daring
- c) Membuka helpdesk dan ruang konsultasi dalam pengisian ASPAK
- d) Membuat Group WA
- e) Pemantauan kesiapan penerima alkes SIHREN dengan mekanisme desk melalui zoom

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dan belum dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja :

- a) Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar sbb :
 - (1) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi yang terus menerus pada pimpinan Dinas Kesehatan Daerah dalam setiap pertemuan dan kunjungan tentang pentingnya pengisian data ASPAK
 - (2) Pelaksanaan Bimbingan Teknis dan Monitoring ASPAK secara berkala untuk setiap wilayah di Indonesia secara daring dan melaporkan capaian pemenuhan SPA setiap provinsi
 - (3) Membuka ruang konsultasi, baik menggunakan Whatsapp ataupun secara daring
 - (4) Memberikan *punishment* bagi rumah sakit yang tingkat kepatuhan dalam pengisian ASPAK masih belum optimal karena ASPAK saat ini telah digunakan sebagai syarat untuk usulan DAK maupun *mapping* dalam pelaksanaan BanPer, SIHREN, atau program layanan lainnya di Kementerian Kesehatan
 - (5) Workshop ASPAK untuk mendukung pelaksanaan proyek SIHREN dalam hal pemenuhan alat kesehatan yang mendukung layanan KJSU di RS. Sampai dengan semester 1 tahun 2025 telah dilaksanakan workshop untuk regional barat dan akan dilaksanakan untuk regional tengah dan timur pada bulan Juli 2025.
- b) Kegiatan yang belum dilaksanakan dalam pencapaian indikator :
 - (1) Memprioritaskan pemenuhan standar, terutama gap antara eksisting dan ASPAK, oleh perencana kebutuhan di daerah.

Merancang kebijakan baru untuk penetapan Rumah Sakit berdasarkan kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM)

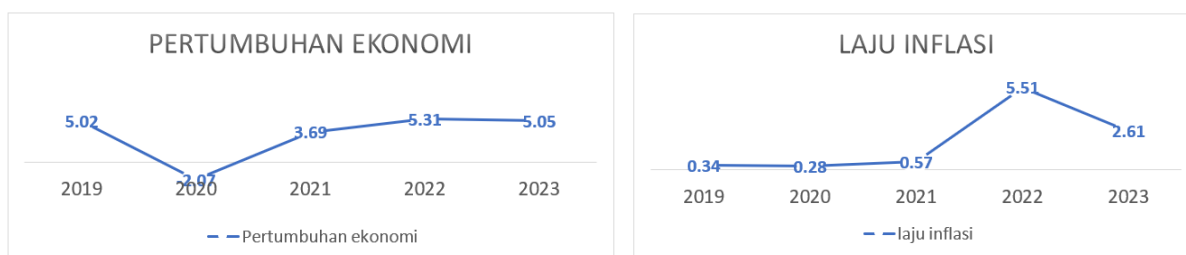
b. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi

Indikator ini merupakan bagian dari upaya pemerintah dalam memastikan tersedianya pelayanan kesehatan yang layak dan bermutu bagi masyarakat. Hal ini sejalan dengan amanat UUD 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, serta bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai.

Undang Undang Dasar No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau. Salah satu wujud nyata dari komitmen tersebut adalah dengan upaya pelaksanaan program inisiasi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk melakukan kegiatan transformasi Kesehatan yang mencakup 6 pilar, diantaranya adalah Transformasi Layanan Rujukan, yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan Kesehatan sekunder dan tersier.

Untuk mengukur ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka mendukung peningkatan akses layanan kesehatan, diperlukan indikator yang tepat untuk pemenuhannya. Mengukur kapasitas pelayanan Kesehatan, dengan mengetahui jumlah tempat tidur terhadap jumlah populasi pada suatu wilayah dapat menilai fasilitas kesehatan khususnya rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.

Secara nasional pada Tahun 2023 untuk rasio tempat tidur berbanding populasi secara nasional adalah 1,38:1000. Indonesia dalam kelompok negara *middle income*, sebagai gambaran, dalam global *benchmark* sesuai data *worldbank*, untuk rasio jumlah tempat tidur per jumlah populasi adalah 2,3:1000, sementara untuk negara-negara OECD (tahun 2021) rata-rata pada angka 4,3 tempat tidur untuk setiap 1000 penduduk.



Skala indikator rasio tempat tidur berbanding lurus dengan laju inflasi dan pertumbuhan ekonomi Indonesia. Rerata laju inflasi 2019 – 2023 adalah 1.86, sedangkan target laju inflasi sampai tahun 2029 dijaga level 1.5 – 3.5% sehingga laju inflasi 2019 -2023 dengan 2025-2029 diperkirakan dalam *range* yang sama.

Rerata pertumbuhan ekonomi Tahun 2019 - 2023 sebesar 3.4%, sedangkan target pertumbuhan ekonomi sampai Tahun 2029 adalah 5.6 – 6.1% sehingga diperkirakan pertumbuhan ekonomi Tahun 2025-2029 dua kali lebih tinggi dari Tahun 2019 – 2023. Kenaikan rasio jumlah tempat tidur dalam kurun waktu Tahun 2019 – 2023 sekitar 0.25 sehingga dengan perkiraan pertumbuhan ekonomi 2 kali lipat sampai 2029, target kenaikan rasio jumlah tempat tidur Tahun 2025-2029 adalah 0.5. Dalam

hal ini, target rasio jumlah tempat tidur di Tahun 2029 = Rasio saat ini yaitu 1.4 ditambah 0.5 = 1.9.

Adapun, urgensi penggunaan rasio tempat tidur terhadap jumlah populasi pada suatu wilayah, merupakan indikator penting karena terdapat keterkaitan dengan perencanaan pemenuhan dan alokasi sumber daya dalam rangka memastikan bahwa fasilitas kesehatan rumah sakit dapat menampung jumlah pasien yang memerlukan perawatan terutama selama kondisi darurat seperti pandemi. Selain itu juga sebagai bentuk komparasi internasional, digunakan digunakan untuk membandingkan sistem kesehatan antara negara atau wilayah. Hal ini dapat memberikan gambaran tentang bagaimana suatu negara berdiri dalam hal penyediaan layanan kesehatan dibandingkan dengan negara lain.

1) Definisi Operasional

Tempat tidur rumah sakit yang tersedia untuk ukuran populasi tertentu

2) Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah total tempat tidur rumah sakit}}{\text{Jumlah Total Populasi}} \times 1000$$

Jumlah total tempat tidur rumah sakit dibagi Jumlah total populasi dikali 1.000. Data jumlah tempat tidur bersumber RS Online (penarikan data terakhir per 25 Juni 2025), sementara data jumlah penduduk bersumber Keputusan Menteri Kesehatan tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/5675/2021 tentang Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2021-2025.

3) Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

Angka *baseline* dalam perencanaan penetapan target capaian kurun waktu Tahun 2025 – 2029 adalah rasio 1,38 : 1.000. Adapun *baseline* sudah terpenuhinya rasio 2:1.000 adalah sebanyak 106 Kabupaten/Kota.

Pada Tahun 2025 ditetapkan target capaian rasio 1,5 : 1.000, dalam hal ini terdapat penambahan 18 kabupaten/ kota yang akan terpenuhi rasio 2:1.000. Dan seterusnya, sehingga di Tahun 2029 akan tercapai rasio tersebut dengan sasaran target menjadi 200 kabupaten/ kota. Matriks rencana capaian sesuai gambar di bawah ini.

DO IKP	Cara perhitungan IKP	Sumber data IKP	Baseline IKP	Target IKP 2025	Target IKP 2026	Target IKP 2027	Target IKP 2028	Target IKP 2029	Satuan Target IKP	PJ Eselon 1	SASARAN KEGIATAN	IKK	TIPE IKK	DO IKK	Cara Perhitungan IKK	Sumber Data IKK	Baseline IKK	Target IKK 2025	Target IKK 2026	Target IKK 2027	Target IKK 2028	Target IKK 2029	Satuan Target IKK
Jumlah tempat tidur rumah sakit yang tersedia untuk ukuran populasi tertentu	Jumlah total tempat tidur rumah sakit dibagi Jumlah total populasi dikali 1.000	Data Kemenkes	1,38	1,5	1,62	1,75	1,87	2	Persen	Ditjen Kesian	Kab/kota yang memenuhi rasio TT minimal 2:1000	IKK 14.2.1 Jumlah kab/kota yang memenuhi rasio tempat tidur (TT) minimal 2:1000	NON RPJMN	Jumlah kab/kota yang memenuhi rasio TT minimal 2:1000	Jumlah kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT minimal 2:1000	Data Kemenkes	106	124	143	162	181	200	Kab/kota

Adapun rencana aksi yang akan dilakukan untuk mencapai target tersebut antara lain adalah:

- a) Melakukan pemetaan terhadap kondisi ketersediaan tempat tidur di kabupaten/kota, dalam rangka untuk melihat potensi intervensi untuk pemenuhannya, berdasarkan *evidence base* di wilayah tersebut.
- b) Menyusun Roadmap terhadap prioritas kabupaten/ kota yang akan diusulkan untuk diintervensi berdasarkan kajian *evidence base* nya.
- c) Menyiapkan usulan kebijakan terkait rencana pemenuhannya.
- d) Melakukan Advokasi, bimbingan teknis dan sosialisasi terhadap kabupaten/kota dalam merumuskan masterplan/ *grand design* bidang Kesehatan di wilayah kerjanya, sehingga dapat tersusun rencana strategis daerah yang berbasis kebutuhan pelayanan Kesehatan bagi masyarakat.
- e) Melakukan sosialisasi dalam rangka mencapai sinergi antara pemerintah pusat dan daerah dalam perencanaan bidang Kesehatan di wilayah kerjanya.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- a) Melakukan pemetaan terhadap kondisi ketersediaan tempat tidur di kabupaten/kota, berdasarkan *evidence base*. Rencana pencapaian target Pada Tahun 2025 yaitu rasio 1,5 : 1.000, bahwa terdapat penambahan 18 kabupaten/ kota yang akan terpenuhi rasio 2:1.000, maka akan dilakukan perhitungan penambahan jumlah tempat tidur pada RSUD-RSUD sasaran program hasil terbaik cepat (*quick win*) yang dilaksanakan pengembangan fasilitasnya pada tahun 2025. Dimana program tersebut antara lain penambahan jumlah kapasitas tempat tidur dari RS Kelas D/D Pratama menjadi RS Kelas C. Pada Tahun 2025, lokus akan diprioritaskan kepada RSUD PHTC dengan melihat dari kesiapan fasilitasnya. Demikian selanjutnya, sampai pada tahun 2027 akan dilihat pencapaian pemenuhan rasio pada prioritas lokus pembangunan peningkatan kualitas RSUD PHTC.
- b) Menyusun Roadmap terhadap prioritas kabupaten/ kota untuk diintervensi. Penyusunan Roadmap akan dilakukan terlebih dahulu dengan menyelenggarakan koordinasi antar direktorat terkait, koordinasi dengan pemerintah provinsi, kabupaten/ kota serta lintas kementerian, desk dalam rangka verifikasi terhadap analisis kebutuhan pelayanan kesehatan di kabupaten/ kota, benchmarking. Selanjutnya akan dilakukan analisis terhadap hasil verifikasi dikaitkan dengan sumber data yang terupdate.

- c) Menyiapkan usulan kebijakan terkait rencana pemenuhannya. Penyiapan usulan rekomendasi kebijakan atas rencana sasaran lokus sampai target tahun 2029, termasuk rencana pentahapannya.
- d) Melakukan Advokasi, bimbingan teknis dan sosialisasi terhadap kabupaten/kota dalam merumuskan masterplan/ grand design bidang kesehatan di wilayah kerjanya. Mekanisme pelaksanaan advokasi dilakukan dengan rapat-rapat teknis, survey lapangan, workshop dan pendampingan penyusunan *grand design*.

5) Pencapaian Kinerja

Berikut tabel realisasi target Semester I Tahun 2025 untuk indikator Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi

No	Indikator Target	Target 2025	Realisasi SMT I 2025	Capaian SMT I 2025
1	Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,5	1,383	92%

Pada tahun 2025, target rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi ditetapkan sebesar 1,5. Berdasarkan realisasi pada semester pertama tahun 2025, rasio yang tercapai sebesar 1,383. Hasil ini menunjukkan bahwa pencapaian hampir mendekati target yang telah ditetapkan, namun masih terdapat sedikit kekurangan yang perlu menjadi perhatian dalam upaya peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan. Upaya lanjutan diperlukan agar target akhir tahun dapat tercapai secara optimal sesuai dengan standar yang diharapkan.

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Target rasio tempat tidur (TT) tahun 2025 adalah 1,5 TT per 1.000 penduduk. Hingga semester I, realisasi mencapai 1,383 TT atau 92% dari target. Program cepat (quick win) berupa peningkatan kelas RS dari D/D Pratama ke Kelas C diproyeksikan menambah kapasitas tempat tidur. Dengan demikian, target 1,5 TT per 1.000 penduduk diperkirakan akan tercapai pada akhir tahun 2025. Percepatan pelaksanaan dan pemantauan perlu dilakukan untuk memastikan keberhasilan program ini.

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja semester I tahun 2025 untuk indikator Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi :

No	Indikator Target	Target 2025	Realisasi SMT I 2025	Capaian SMT I 2025
1	Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,5	1,383	92%

Target 2025 sebesar 1,5 : 1000 dan Realisasi Semester 1 tahun 2025 sebesar 1,4 : 1000. Realisasi tersebut di dapat dari data jumlah tempat tidur bersumber dari RS Online dan data jumlah penduduk. Capaian semester 1 sudah mencapai 92% dari target tahunan, sehingga untuk pencapaian target tahun 2025 di proyeksikan dapat tercapai.

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

Realisasi indikator Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi tidak dapat dibandingkan dengan realisasi indikator pada tahun sebelumnya dan beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut tidak terdapat pada Renstra 2020 – 2024 maka untuk pembandingan realisasi semester I tahun 2025 adalah baseline tahun 2024 sebesar 1,38.

No	Keterangan	Baseline	Realisasi SMT I 2025	Kenaikan/ Penurunan
1	Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,38	1,383	0,002

Secara nasional pada Tahun 2024 untuk rasio tempat tidur berbanding populasi secara nasional adalah 1,38:1000 pada semester 1 tahun 2025 untuk rata-rata rasio secara nasional sebesar 1,383 : 1000 sehingga sudah terdapat kenaikan sebesar 0,002 poin dari baseline.

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah

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

No	Indikator Target	Target kab/kota					Realisasi SMT 1 2025	Capaian SMT 1 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		
1	Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,5	1,62	1,75	1,87	2	1,383	92%

Pada semester pertama tahun 2025, realisasi rasio tempat tidur tercatat sebesar 1,383 TT per 1.000 penduduk, yang berarti sudah mencapai 93,3% dari target tahun 2025 sebesar 1,5 TT per 1.000 penduduk. Meskipun pencapaian ini menunjukkan progres yang

cukup baik, masih terdapat selisih 0,117 TT yang perlu diupayakan untuk mencapai target tahunan. Melihat target jangka menengah hingga panjang, rasio tempat tidur ditetapkan untuk terus meningkat secara bertahap, yaitu 1,62 TT per 1.000 penduduk pada 2026, 1,75 TT per 1.000 penduduk pada 2027, 1,87 TT per 1.000 penduduk pada 2028, dan mencapai 2 TT per 1.000 penduduk pada 2029.

Peningkatan bertahap ini mencerminkan komitmen untuk memperluas kapasitas layanan kesehatan sesuai dengan pertumbuhan populasi dan kebutuhan masyarakat. Dengan realisasi semester I 2025 yang sudah mendekati target tahunannya, langkah-langkah strategis seperti peningkatan kelas rumah sakit dan penambahan kapasitas tempat tidur perlu dipercepat dan dipertahankan agar target-target yang lebih tinggi pada tahun-tahun berikutnya dapat tercapai.

Secara keseluruhan, progres saat ini menunjukkan tren positif, namun keberlanjutan dan akselerasi pelaksanaan program menjadi kunci penting untuk memenuhi target ambisius hingga tahun 2029.

10) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Secara internasional, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan rasio ideal sekitar 3 tempat tidur per 1.000 penduduk. Namun, angka ini dapat bervariasi tergantung pada kondisi demografis, epidemiologis, serta tingkat perkembangan sistem kesehatan di masing-masing negara.

Di Indonesia, standar nasional yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyebutkan bahwa rasio tempat tidur ideal adalah 1 tempat tidur per 1.000 penduduk. Rasio ini menjadi tolok ukur dalam perencanaan pembangunan fasilitas kesehatan, distribusi rumah sakit, serta pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan dasar.

11) Permasalahan

Potensi permasalahan terkait rencana pencapaian target rasio jumlah kabupaten/ kota yang memenuhi rasio tempat tidur minimal 2:1.000 adalah terjadi kesenjangan/ *gap* kebutuhan kapasitas pelayanan (jumlah tempat tidur di rumah sakit) pada suatu kabupaten/ kota, dimana tingkat keterisian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/ BOR*) eksisting di wilayah tersebut masih rendah sementara rasionya belum terpenuhi. Kondisi seperti ini perlu ditindaklanjuti dengan kajian mendalam atas *evidence base* nya.

12) Pemecahan Masalah

Sebagai tindak lanjut, diperlukan kajian mendalam berbasis *evidence* (*evidence-based study*) untuk mengevaluasi kondisi eksisting secara komprehensif. Kajian ini perlu mencakup analisis terhadap:

- a. Pola utilisasi tempat tidur rumah sakit,
- b. Persebaran dan jenis layanan rumah sakit (publik maupun privat),
- c. Kebutuhan layanan kesehatan berdasarkan proyeksi demografis dan epidemiologis,

- d. Faktor sosial-ekonomi dan geografis yang memengaruhi akses dan pemanfaatan layanan,
- e. Efisiensi dan efektivitas pemanfaatan kapasitas layanan yang sudah ada.

Hasil kajian tersebut akan menjadi dasar dalam merumuskan kebijakan yang lebih adaptif dan kontekstual, seperti:

- a. Strategi redistribusi atau optimalisasi tempat tidur yang ada,
- b. Pembangunan fasilitas baru hanya pada wilayah dengan proyeksi kebutuhan tinggi,
- c. Peningkatan akses dan kualitas layanan di wilayah dengan BOR rendah,
- d. Perbaikan sistem rujukan antar fasilitas pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, kebijakan pencapaian rasio tempat tidur nasional tidak hanya berorientasi pada angka target, tetapi juga mempertimbangkan efisiensi, kebutuhan riil masyarakat, serta keberlanjutan sistem layanan kesehatan di masing-masing daerah.

13) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang akan dilakukan

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

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Dukungan teknis dari kementerian/lembaga	Ketergantungan pada dorongan eksternal (tekanan, regulasi, anggaran)	Bertambahnya RS baru dan RS yang naik kelas sebagai momen integrasi SPA	Ketidakkonsistenan pengisian data akibat pertambahan jumlah RS
Advokasi berkelanjutan kepada daerah	Kapasitas SDM dan infrastruktur antar daerah	Integrasi data RS Online sebagai dasar pengambilan keputusan pusat dan daerah	Persepsi pengisian data hanya sebagai kewajiban administratif
Keterkaitan data RS Online dengan kebijakan yang ada, anggaran, izin, dan akreditasi	Kurangnya pengetahuan bagi pemerintah daerah untuk merumuskan <i>grand design</i> perencanaan pembangunan Kesehatan di wilayah kerjanya	Teknologi komunikasi jarak jauh untuk pembinaan SPA yang lebih luas dan efisien	Ketergantungan pada pendampingan pusat, rentan jika pendampingan melemah
Pendampingan lintas level pemerintahan (Kemenkes, Dinkes Provinsi, lintas sektor lainnya)	Belum optimalnya pemanfaatan sumber daya kesehatan untuk perbaikan mutu pelayanan kesehatan di wilayah kerja	Potensi sistem reward berbasis capaian SPA dan ketepatan data	Koordinasi lintas sektor dan antar daerah yang tidak merata

14) Efisiensi 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 yang mendukung pencapaian indikator Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi :

Kegiatan	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Pengadaan alkes untuk 10 RS Lokus PHTC	203.677.100.000	203.677.100.000	0	0
Pemenuhan Peralatan Penunjang dan Peralatan Kesehatan RSUPT Riau	170.051.452.000	170.051.452.000	0	0
Total	373.728.552.000	373.728.552.000	0	0

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi sebesar Rp. 373.728.552.000,- dimana terdapat blokir anggaran sebesar Rp. 373.728.552.000,-. Anggaran tersebut merupakan anggaran Pengadaan alkes untuk 10 RS Lokus PHTC (Peningkatan Kelas RS) dan Pemenuhan Peralatan Penunjang dan Peralatan Kesehatan RSUPT Riau. Pada saat ini pembangunan Rumah Sakit PHTC di 10 Lokus dan RS Riau masih dalam proses sehingga selain terdapat blokir anggaran pemenuhan alat kesehatan yang termasuk di dalamnya adalah Tempat Tidur belum dapat dilakukan.

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dan belum dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja :

- Melaksanakan advokasi dan sosialisasi yang terus menerus kepada Pemerintah Daerah dalam rangka pentingnya membuat *grand design* pembangunan Kesehatan di wilayah kerjanya.

- b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi secara kontinyu kepada Pemerintah Daerah mengenai urgensi kepatuhan terhadap update pengisian data RS Online, sebagai sumber data perhitungan rasio.
- c) Kerjasama yang baik antar direktorat, terutama pemegang program data dan informasi kapasitas layanan kesehatan serta program perizinan fasyankes.

Pelaksanaan Bimbingan Teknis terkait substansi rasio kebutuhan kapasitas layanan kesehatan.

c. Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan postpartum) < 1% (Dit. Yanklin)

1) Definisi Operasional

Case fatality rate direct obstetric adalah proporsi antara jumlah kematian akibat direct obstetric (eclampsia dan pendarahan postpartum) dengan jumlah kasus yang didiagnosis dengan direct obstetric (eclampsia dan pendarahan postpartum) tersebut (minimal 500 kasus eclampsia dan postpartum pada seluruh RS di dalam satu wilayah tersebut) pada kurun waktu 1 tahun

2) Cara Perhitungan

Jumlah kab kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan postpartum) <1% dibagi Jumlah Kab/Kota di Indonesia pada kurun waktu 1 tahun dikali 100%

3) Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

- a. Rapat koordinasi
Rapat koordinasi merupakan pertemuan koordinasi untuk membahas pelaksanaan PONEK dan SC Emergensi Kategori I di RS. Peserta pertemuan ini melibatkan dengan Dinas Kesehatan Provinsi, Rumah Sakit, lintas unit Kemenkes dan Organisasi Profesi, RS
- b. Bimbingan Teknis
Kegiatan ini merupakan kegiatan penguatan dalam bentuk bimbingan teknis untuk mendapatkan pemahaman yang sama terhadap pelaksanaan PONEK dan capaian penanganan SC Emergensi Kategori I agar mencapai waktu tanggap ≤ 30 menit di RS.

4) Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan maternal melalui implementasi SPO disetiap fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) untuk kasus obstetri emergensi.
- b. Meningkatkan kabupaten/kota dengan Rumah Sakit PONEK (Pelayanan Obstetri Emergensi Komprehensif sesuai standar
- c. Melakukan Bimbingan teknis kepada Dinas Kesehatan Prov, Kab/Kota dan RS dalam implementasi PONEK

5) Pencapaian Kinerja

Data bersifat tahunan sehingga data 2025 baru dapat ditarik di awal tahun 2026 dan belum ada capaian kinerja.

6) Analisa Capaian Kinerja

Data bersifat tahunan sehingga data 2025 baru dapat ditarik di awal tahun 2026 dan belum ada capaian kinerja.

7) Permasalahan

Data bersifat tahunan sehingga data 2025 dapat ditarik di awal tahun 2026

8) Upaya Pemecahan Masalah

Melakukan koordinasi dengan Dinkes Provinsi untuk melakukan pemetaan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), SC Emergensi kategori I serta Case Fatality Rate (CFR)

9) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar – 0,12 % dengan rincian perhitungan sebagai berikut:

Rumus Efisiensi Sumber Daya $\frac{3 \times (5/4) - 6 \times 100}{3}$					
No	Indikator		Target Indikator	Realisasi Indikator	Realisasi Anggaran
1	2	3	4	5	6
	Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1%	Rp 802.761.000,-	25 %	0 %	Rp 9.362.886,-

10) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program			
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja	
		Target	% Realisasi
	Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1%	25 %	0 %

Untuk indikator kinerja ini , target capaian indikator tahun 2025 belum ada.

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

Belum dapat dibandingkan karena indikator ini merupakan indikator baru tahun 2025.

12) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Target 2025	Realisasi 2025
25%	0%

Realisasi kinerja tahun 2025 belum mencapai target jangka menengah.

13) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target Nasional	Realisasi 2024
25%	0%

Realisasi kinerja tahun 2025 belum mencapai target nasional.

14) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

- Terdapat Rumah Sakit belum ada SDM tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai standar PONEK
- Terdapat Rumah Sakit belum memiliki Bank Darah

15) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

Kegiatan yang menunjang keberhasilan adalah bimbingan teknis sebab kegiatan ini merupakan penguatan dalam bentuk bimbingan teknis supaya RS mendapatkan pemahaman yang sama terhadap pelaksanaan PONEK dan capaian penanganan SC Emergensi Kategori I agar mencapai waktu tanggap ≤ 30 menit.

d. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas (Dit. Yanklin)

1) Definisi Operasional

Persentase kabupaten/kota yang terdapat RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) di wilayahnya dengan kompetensi paling sedikit 5 penyakit prioritas minimal strata Madya sesuai Keputusan Menteri Kesehatan terkait pengampunan KJSU KIA dan Non KJSU KIA

2) Cara Perhitungan

Jumlah kabupaten/kota yang terdapat RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) di wilayahnya dengan kompetensi menangani paling sedikit 5 penyakit prioritas dengan strata minimal tingkat Madya sesuai KMK dibagi jumlah kabupaten/kota (511 kab/kota) dikalikan 100.

Alasan denominator dipilih 511 kab/kota karena saat ini eksisting ada 3 kab/kota yang belum terdapat RS di wilayah tersebut (Kota Lhokseumawe, Kerinci, Kota Gunung Sitoli)

3) Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

1. Rapat koordinasi

Pertemuan koordinasi dilakukan untuk persiapan, diskusi terkait kemajuan dan kendala dalam pelaksanaan pengampuan pelayanan prioritas, identifikasi kesiapan rumah sakit, penyusunan kegiatan. Pertemuan koordinasi melibatkan lintas program di Kementerian Kesehatan, RS jejaring pengampuan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi, Organisasi Profesi, Organisasi Fasyankes, Organisasi masyarakat dan *stakeholder* lain yang terkait.

2. Pertemuan Advokasi

Pertemuan advokasi bertujuan untuk melakukan langkah persuasif ke pemangku kebijakan baik di pusat maupun di daerah dengan melibatkan RS Jejaring, Organisasi Profesi, Lintas Program Kementerian Kesehatan dan *stakeholder* lain yang terkait.

3. Peningkatan kemampuan rumah sakit

Peningkatan kemampuan pelayanan ini antara lain dengan seminar, workshop, webinar, pelatihan dan/atau pembinaan teknis pelayanan prioritas.

4. Monitoring dan Evaluasi

4) Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

1. Menyusun regulasi pedoman pengampuan pelayanan prioritas
2. Menyusun petunjuk teknis pengampuan pelayanan prioritas
3. Meningkatkan strata rumah sakit sesuai dengan target strata yang telah ditetapkan meliputi:
 - a. Pemenuhan sumber daya manusia kesehatan terutama dokter spesialis
 - b. Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan melalui mekanisme Dana Alokasi Khusus (DAK) atau SIHREN
 - c. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan
4. Mengadvokasi Pemerintah Daerah untuk dapat berkomitmen dan memberikan dukungan untuk membantu pemenuhan penyusunan kebijakan di daerah dan pemenuhan terhadap standar penyelenggaraan pelayanan prioritas di rumah sakit di wilayah masing-masing

5) Pencapaian Kinerja

Daftar 80 kabupaten/kota yang terdapat RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) di wilayahnya dengan kompetensi menangani paling sedikit 5 penyakit prioritas dengan strata minimal tingkat Madya:

1. Badung
2. Bandung
3. Bangka
4. Bantul
5. Banyumas
6. Banyuwangi
7. Bogor
8. Bojonegoro

9. Buleleng
10. Deli Serdang
11. Gianyar
12. Gorontalo
13. Jember
14. Jepara
15. Karawang
16. Kendal
17. Klaten
18. Kota Ambon
19. Kota Balikpapan
20. Kota Banda Aceh
21. Kota Bandar Lampung
22. Kota Bandung
23. Kota Banjarmasin
24. Kota Batam
25. Kota Bekasi
26. Kota Bengkulu
27. Kota Bogor
28. Kota Bukittinggi
29. Kota Cirebon
30. Kota Denpasar
31. Kota Jakarta Barat
32. Kota Jakarta Pusat
33. Kota Jakarta Selatan
34. Kota Jakarta Timur
35. Kota Jakarta Utara
36. Kota Jambi
37. Kota Jayapura
38. Kota Kendari
39. Kota Kupang
40. Kota Madiun
41. Kota Magelang
42. Kota Makassar
43. Kota Malang
44. Kota Manado
45. Kota Mataram
46. Kota Medan
47. Kota Mojokerto
48. Kota Padang
49. Kota Palangka Raya
50. Kota Palembang
51. Kota Palopo
52. Kota Palu
53. Kota Pekanbaru
54. Kota Pontianak
55. Kota Salatiga
56. Kota Samarinda

57. Kota Semarang
58. Kota Serang
59. Kota Solok
60. Kota Sukabumi
61. Kota Surabaya
62. Kota Surakarta
63. Kota Tanjung Pinang
64. Kota Tarakan
65. Kota Yogyakarta
66. Kotawaringin Timur
67. Kudus
68. Kulon Progo
69. Kutai Kartanegara
70. Malang
71. Muara Enim
72. Musi Banyuasin
73. Nganjuk
74. Pamekasan
75. Pasuruan
76. Sidoarjo
77. Sleman
78. Tangerang
79. Tuban
80. Tulungagung

6) Analisa Capaian Kinerja

Hasil capaian kinerja semester 1 diperoleh sebanyak 80 kabupaten/kota (15.7%) yang terdapat RS Pemerintah (Kemenkes/Pemprov/Pemkab/Pemkot) di wilayahnya dengan kompetensi menangani paling sedikit 5 penyakit prioritas dengan strata minimal tingkat Madya dari target 511 kab/kota.

7) Permasalahan

- Rumah sakit belum memiliki alat kesehatan sesuai standar
- Rumah sakit belum ada SDM tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai standar
- Kemampuan SDM dokter spesialis tidak merata di daerah, sehingga banyak kasus dirujuk meski RS memiliki SDM dan alat kesehatan sesuai standar
- Dukungan dan komitmen Pemerintah Daerah masih kurang, baik untuk pemenuhan SDM maupun SPA
- RS memiliki prioritas pengembangan layanan yang berbeda dengan program pengampunan

8) Upaya Pemecahan Masalah

- Mendorong upaya pemenuhan SPA melalui DAK
- Pemenuhan alat kesehatan melalui proyek SIHREN (KJSU KIA)
- Mengadvokasi RS dan Pemerintah Daerah untuk membuat perencanaan pemenuhan SPA dan SDM, serta komitmen akselerasi capaian dan menjaga sustainabilitas program pengampunan melalui *sharing cost* program pengampunan.

- Mendorong upaya pemberian bantuan pendidikan (beasiswa) tenaga kesehatan terutama dokter spesialis untuk program pengampunan

9) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar 61,6 % dengan rincian perhitungan sebagai berikut:

Rumus Efisiensi Sumber Daya

$$\frac{3 \times (5/4) - 6 \times 100}{3}$$

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	Rp 110.553.597.000	25 %	15,7 %	Rp 1.274.374.213,-

10) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program				
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	25 %	15,7 %	62,8 %

Untuk indikator kinerja ini , indikator belum mencapai target.

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

Belum dapat dibandingkan karena indikator ini merupakan indikator baru tahun 2025.

12) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Target 2025	Realisasi 2025
25%	15,7%

Realisasi kinerja tahun 2025 belum mencapai target jangka menengah.

13) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target Nasional	Realisasi 2024

25%	15,7%

Realisasi kinerja tahun 2025 belum mencapai target nasional.

14) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

- Adanya komitmen dari berbagai *stakeholder* terkait dan organisasi profesi serta organisasi perumahsakit yang terlibat dalam mendukung program pemerintah ini.
- Kemampuan tata kelola manajemen rumah sakit jejaring layanan di daerah yang bervariasi. Mulai dari tata kelola sumber daya manusia terkait insentif, tata kelola anggaran hingga perawatan alat kesehatan yang berbiaya besar.
- Keterbatasan anggaran rumah sakit seiring sejalan kemampuan fiskal pemerintah daerah yang rendah.
- Kemauan dokter spesialis untuk ditempatkan di daerah akibat dari kondisi personal, ekonomi dan keamanan setempat. Belum ada kebijakan yang memaksa atau mendukung terkait pemerataan distribusi dokter di Indonesia.
- Kendali biaya oleh BPJS kesehatan mengakibatkan tidak semua rumah sakit dapat bekerjasama dengan asuransi sosial JKN
- Tidak ada jaminan keamanan bagi tenaga medis yang bekerja di daerah timur rawan konflik.

15) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

1. Penyusunan regulasi atau peraturan terkait penetapan nama rumah sakit jejaring dan target strata rumah sakit
2. Penyusunan standar pelayanan berdasarkan stratifikasi
3. Program bantuan pembiayaan pendidikan fellowship dan subspesialis, PGDS, serta penambahan kuota pendidikan
4. Komitmen dan dukungan berbagai *Stakeholder* dalam upaya pencapaian target strata rumah sakit
Mekanisme bantuan SPA melalui berbagai sumber pembiayaan

e. Persentase Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center (Dit. Yanklin)

1) Definisi Operasional

Persentase kab/kota yang memiliki rumah sakit yang memberikan pelayanan cedera/trauma minimal oleh dokter bedah/ortopedi/bedah

2) Cara Perhitungan

Jumlah kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center dibagi seluruh kab/kota dikali 100%

3) Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

- Pertemuan koordinasi

Pertemuan koordinasi merupakan kegiatan pertemuan yang dilakukan dalam rangka persiapan, berdiskusi dan mendapat masukan untuk menyusun pedoman penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma. Kegiatan ini bertujuan untuk mempersiapkan, mengumpulkan, mengidentifikasi, dan mengkompilasi bahan dan data untuk penyusunan pedoman.

- Penyusunan pedoman penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma.

Pertemuan koordinasi penyusunan pedoman penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menyusun pedoman sebagai acuan bagi rumah sakit unggulan pelayanan trauma meliputi penyelenggaraan pelayanan, standar SDM, sarana, prasarana dan alat kesehatan.

- Workshop pedoman penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma

Merupakan tahapan pelaksanaan dalam memberikan pengetahuan/penyegaran/*sharing of knowledge* secara luring dan daring agar SDM di rumah sakit dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam tata laksana trauma.

- Penetapan rumah sakit yang memiliki pelayanan unggulan trauma

Kegiatan yang dilakukan untuk mengamati perkembangan dan menilai pelaksanaan program penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma dengan dilakukan *Transfer of Knowledge* terkait tatalaksana trauma. di rumah sakit.

4) Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- Menyusun regulasi pedoman penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma
- Membuat standar pelayanan sesuai strata masing-masing
- Meningkatkan strata rumah sakit sesuai target strata yang ditetapkan meliputi:
 - d. Pemenuhan sumber daya manusia khususnya dokter spesialis
 - e. Pemenuhan alat kesehatan dan sarana prasarana
 - f. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan
- Bekerja sama dengan pemerintah daerah untuk membantu pemenuhan standar penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma

5) Pencapaian Kinerja

Daftar kabupaten/kota yang memiliki rumah sakit dengan layanan unggulan trauma center:

1. Kabupaten Lhokseumawe
2. Kota Administrasi Jakarta Selatan
3. Kota Administrasi Jakarta Timur
4. Kabupaten Bogor
5. Kabupaten Brebes
6. Kabupaten Pasuruan

7. Kabupaten Kediri
8. Kota Kediri
9. Kota Malang
10. Kabupaten Mojokerto
11. Kabupaten Sampang
12. Kabupaten Sleman

6) Analisa Capaian Kinerja

Hasil capaian kinerja di semester 1 sebesar 2,3% (12 kabupaten/kota) yang memiliki pelayanan unggulan trauma center dari target 10% kabupaten/kota di tahun 2025

7) Permasalahan

Masih dalam proses pemetaan pusat pelayanan trauma di kabupaten/kota

8) Upaya Pemecahan Masalah

- Pemetaan rumah sakit unggulan pelayanan trauma
- Penyusunan pedoman penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma
- Sosialisasi dan advokasi pengembangan rumah sakit unggulan pelayanan trauma
- Penetapan rumah sakit unggulan pelayanan trauma

9) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar 15,2 % dengan rincian perhitungan sebagai berikut:

Rumus Efisiensi Sumber Daya

$$\frac{3 \times (5/4) - 6 \times 100}{3}$$

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	Rp 754.662.000,-	10%	2,3%	Rp 58.738.370,-

10) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Kinerja Program				
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	10%	2,3%	23%

Untuk indikator kinerja ini , indikator belum mencapai target.

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

Belum dapat dibandingkan karena indikator ini merupakan indikator baru tahun 2025.

12) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2025)

Target 2025	Realisasi 2025
10%	2,3%

Realisasi kinerja tahun 2025 belum mencapai target jangka menengah.

13) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target Nasional	Realisasi 2025
10%	2,3%

Realisasi kinerja tahun 2025 belum mencapai target nasional.

14) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

Kemauan dokter spesialis untuk ditempatkan di daerah akibat dari kondisi personal, ekonomi dan keamanan setempat. Belum ada kebijakan yang memaksa atau mendukung terkait pemerataan distribusi dokter di Indonesia.

15) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

1. Menyusun regulasi pedoman penyelenggaraan rumah sakit unggulan pelayanan trauma
2. Membuat standar pelayanan minimal sesuai strata masing-masing
3. Meningkatkan strata rumah sakit sesuai target strata yang ditetapkan

f. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi (Dit. PPKR)

1. Definisi Operasional

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

2. Cara Perhitungan

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

3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Sesuai dengan perubahan struktur organisasi di lingkungan Kementerian

Kesehatan sesuai Permenkes Nomor 21 tahun 2024, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan merupakan Direktorat baru yang ada di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan lingkup kegiatan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan berteknologi tinggi. Undang-Undang Kesehatan 17 tahun 2023 dan turunannya Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengamanatkan pemanfaatan teknologi biomedis sebagai salah satu bagian dari teknologi kesehatan.

Pelayanan kedokteran presisi (*precision/personalized medicine*) merupakan bagian dari pemanfaatan teknologi biomedis. Hal tersebut sejalan dengan dokumen Visi Indonesia 2045 yang dikeluarkan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) yang menyatakan bahwa “Teknologi pengobatan akan berkembang ke arah *personalized medicine* yakni obat diberikan pada pasien hanya apabila obat tersebut akan efektif untuk pasien tersebut.” Salah satu upaya terobosan yang dilakukan adalah pengembangan bioteknologi kesehatan untuk mewujudkan *precision medicine* melalui inisiatif *Biomedical Genome Science Initiative* (BGSi) sejak tahun 2022. Program BGSi melibatkan 10 RS vertikal untuk melakukan pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan berbasis kedokteran presisi di bidang kanker, penyakit metabolik, penyakit langka, penyakit infeksi, penyakit kardiovaskular, penyakit otak dan neurodegeneratif, *nutrition, aging and wellness*, kesehatan ibu dan anak, dan kesehatan jiwa. Pendekatan pelayanan kedokteran presisi melalui program BGSi tersebut diharapkan dapat menjadi contoh praktik terbaik bagi fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang akan menerapkan pelayanan kedokteran presisi.

Kegiatan yang mendukung ketercapaian indikator diselenggarakan mulai dari perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, serta monitoring evaluasi. Sampai saat ini anggaran yang ada di Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan belum dapat digunakan karena masih proses pembahasan baik di tingkat Kemenkes, Bappenas maupun Kementerian Keuangan (DJA).

4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Kegiatan yang direncanakan untuk mendukung pencapaian target, yaitu :

a) Pedoman Pelayanan Kedokteran Presisi

Pelayanan kedokteran presisi merupakan bagian dari pemanfaatan teknologi biomedis yang telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Tata cara perizinan penyelenggaraan layanan kedokteran presisi di fasyankes pada diamanahkan pada Permenkes yang memuat standar pelayanan kedokteran presisi. Maka dari itu kegiatan ini bertujuan untuk menyusun dokumen NSPK yang dapat dijadikan sebagai regulasi standar pelayanan kedokteran presisi sebagai turunan dari UU, PP, dan Permenkes.

b) Pendampingan Teknis RS Penyelenggara Kedokteran Presisi

Pelayanan kedokteran presisi di Indonesia semakin diakui diakui dengan dibentuknya *biomedical genome-based science initiative for precision medicines* yang selanjutnya disebut BGSi pada Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor

HK.01.07/Menkes/1141/2022 tentang Penyelenggaraan Biomedical Genome-Based Science Initiative for Precision Medicines dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Berbasis Genomika untuk Penyakit Tertentu. BGSi menyediakan data genomik yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi predisposisi genetik terhadap penyakit. Hal ini membantu dalam pengembangan diagnosis yang lebih tepat dalam kedokteran presisi. Data genomik tersebut harus terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional (SIKN) dan menjamin perlindungan data pribadi. Kegiatan ini merupakan bentuk implementasi tugas dan fungsi direktorat untuk memberikan bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan rujukan.

c) Pedoman Penyelenggaraan Pemanfaatan Teknologi Biomedis

Pemanfaatan teknologi biomedis dilaksanakan mulai dari kegiatan pengambilan, penyimpanan jangka panjang, serta pengelolaan dan pemanfaatan material dalam bentuk spesimen klinik dan materi biologi, muatan informasi, dan data terkait yang ditujukan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dan pelayanan kesehatan. Beberapa bentuk pemanfaatan teknologi biomedis sesuai amanat yang tertuang dalam UU Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024, yaitu terapi berbasis sel dan/atau sel punca, infrastruktur biobank atau biorepository, dan pengalihan dan penggunaan material dalam bentuk spesimen klinik dan materi biologi, muatan informasi, dan/atau data ke luar dan ke dalam wilayah Indonesia serta antarwilayah di Indonesia. Setiap substansi ini perlu dilengkapi dengan pedoman teknis yang menjadi acuan bagi peneliti, pihak manajerial, dan institusi untuk melakukan pengembangan dan berkontribusi secara optimal dalam mendukung penelitian tanpa menyalahi kode etik dan hukum yang berlaku sesuai amanah UU dan PP turunannya. Kegiatan ini memiliki target output sebanyak 3 pedoman yang terdiri dari Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Sel dan/atau Sel Punca, Pedoman Penyelenggaraan dan mekanisme penetapan biobank/biorepository, dan Pedoman Pengalihan dan Penggunaan Material.

d) Pendampingan Teknis RS dalam Pengembangan Sel Punca dan Sel.

Sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan sel dan/atau sel punca terdiri atas kegiatan pengambilan, pengolahan, penyimpanan dan atau pemanfaatan klinis. Sampai saat ini sudah ada 16 rumah sakit Penyelenggara Penelitian Berbasis Pelayanan Sel Punca dan Sel di Indonesia yang memiliki izin dari Kementerian Kesehatan. Maka dari itu kegiatan ini bertujuan untuk memastikan implementasi pelayanan sel dan/atau sel punca dilaksanakan sesuai dengan standar terbaru melalui pembinaan dan evaluasi terhadap rumah sakit yang menyelenggarakan layanan sel dan/atau sel punca. Adapun sasaran lokus kegiatan yaitu RSK Dharmas, RSCM, RSPON, RS Atmajaya, RSPAD Gatot Subroto, RSHS, Lab Daewoong Biologics Cikarang Timur, Lab SCCR Bandung, Lab RSUP Dr. Sutomo, RSUP Wahidin, RSUP Dr. M. Djamil, dan RS Royal Prima Medan.

e) Penetapan Perizinan Biomedis

Mekanisme perizinan fasilitas dan institusi yang menyelenggarakan layanan teknologi biomedis dilakukan melalui *Online Singel Submission* (OSS) (RS) dan melalui penetapan Menteri Kesehatan (biobank dan/atau biorepository). Setelah usulan diterima, maka tim penilai akan melakukan verifikasi Administrasi dan verifikasi lapangan untuk memastikan seluruh persyaratan telah dipenuhi sebelum

perizinan berusaha atau penetapan diterbitkan. Maka dari itu kegiatan ini dilaksanakan untuk mendukung penilaian kesesuaian perizinan dan penetapan terkait layanan teknologi biomedis. Sasaran kegiatan terdiri dari 9 lokus di Sumatera Utara, DKI Jakarta, DIY, Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, Bali, dan Sulawesi Selatan. Adapun lokus terkait dapat menyesuaikan dengan permohonan usulan yang diterima melalui sistem OSS dan sistem informasi Kementerian Kesehatan.

- f) **Pedoman Standar Usaha Pengelolaan dan Penyimpanan Sel/Sel Punca**
Terapi sel punca didefinisikan sebagai metode pengobatan terhadap penyakit tertentu yang melibatkan pemakaian sel punca manusia, baik sel punca embrionik maupun induced pluripotent stemcells (iPCS), secara autologous maupun alogenik. Metode terapi ini berkembang pesat dalam upaya penyembuhan penyakit degeneratif dan non degeneratif. Pengembangan metode terapi sel punca umumnya dilakukan di laboratorium dengan standarisasi khusus untuk penelitian, pengembangan, dan pemahaman lebih lanjut mengenai sel punca. Berdasarkan data sistem informasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, saat ini terdapat 12 (dua belas) laboratorium sel punca dan 4 (empat) bank sel punca dan darah tali pusat di Indonesia yang telah memiliki perizinan yaitu Bank Prostem Prodia Jakarta, Bank Cordlife Jakarta, Bank Celltech Stem Cell Jakarta dan Bank Cryocord Indonesia Jakarta. Berdasarkan hal tersebut maka disusun kebijakan standar laboratorium dan bank sel atau sel punca dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan berbasis terapi untuk menjamin pelayanan yang berkualitas sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pedoman ini dapat dijadikan acuan bagi Rumah Sakit dan/atau perusahaan yang akan menyelenggarakan layanan laboratorium serta bank sel dan/atau sel punca. Kegiatan ini memiliki target output sebanyak 2 pedoman yang terdiri dari Standar usaha Laboratorium Sel/Sel Punca dan Standar Usaha Bank Sel/Sel Punca.
- g) **Implementasi Pengolahan dan Penyimpanan Sel/Sel Punca di Bank dan Lab Sesuai Standar**
Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 menyebutkan bahwa pelayanan sel dan sel punca merupakan salah satu upaya kesehatan yang memanfaatkan sel dan sel punca sebagai bahan dasar dengan tujuan kemanusiaan, penyembuhan penyakit dan pemulihan Kesehatan, serta tidak untuk tujuan komersial. Pemanfaatan pengobatan dengan sel dan sel punca masih memiliki tantangan dan kendala diantaranya keterbatasan informasi dan pemahaman di masyarakat mengenai adanya alternatif pengobatan dengan sel dan sel punca, masih terbatasnya fasilitas, sarana dan prasarana terkait pelayanan sel dan sel punca, kurangnya pemahaman penyedia layanan mengenai pelayanan sel dan sel punca secara keseluruhan, masih mahalnya pembiayaan terapi sel dan sel punca, serta perlunya dukungan regulasi. Adanya pembinaan fasyankes dalam penyelenggaraan layanan sel dan/atau sel punca diharapkan dapat memberikan fasilitasi pada laboratorium dan bank sel dan/atau sel punca sehingga pelayanan dilaksanakan secara aman, berkualitas, dan terstandar. Adapun kegiatan pendampingan dilakukan pada lokus hasil pemetaan atau usulan perizinan pada sistem OSS dan kegiatan bimbingan teknis dilaksanakan di 2 lokus yaitu Provinsi DIY dan Jawa Tengah.
- h) **Pemantauan Fasyankes yang Mengembangkan Pelayanan Rujukan Berbasis Terapi Sesuai Standar**
Kegiatan ini merupakan salah satu aspek yang sangat penting dalam pengelolaan

sistem kesehatan. Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa standar telah dilaksanakan dengan baik dan sesuai dengan pedoman yang ada, identifikasi dini terhadap potensi masalah yang muncul dalam implementasi, menilai sejauh mana kebijakan yang diterapkan memberikan dampak positif terhadap pasien dan sistem kesehatan, dan memastikan bahwa semua pihak yang terlibat bertanggung jawab atas kualitas dan keberhasilan layanan pada penunjang pelayanan kesehatan lanjutan. Selain itu, dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, diperlukan kegiatan monitoring dan evaluasi untuk memberikan data yang diperlukan dalam mengubah atau menyesuaikan kebijakan atau prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya guna meningkatkan efektivitas layanan pada pelayanan kesehatan lanjutan. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi akan dilaksanakan pada lokus Sumatera Selatan, Sumatera Barat, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Sulawesi Selatan

5. Pencapaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator jumlah layanan berbasis kedokteran presisi di tahun 2025 adalah sebanyak 4 layanan. Per semester I tahun 2025 terdapat 2 rumah sakit yang telah menyelenggarakan layanan berbasis kedokteran presisi, yaitu layanan iCare yang digunakan untuk pemeriksaan kanker di RS Dharmais dan pemeriksaan kelainan kromosom janin (*non-invasive perinatal testing*) di RSAB Harapan Kita. Maka dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja periode semester I tahun 2025 untuk indikator jumlah layanan berbasis kedokteran presisi adalah 50%.

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

Indikator	2025		
	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4	2	50%

6. Analisa Capaian Kinerja

Layanan kedokteran presisi merupakan pendekatan baru untuk pencegahan dan pengobatan penyakit dengan mempertimbangkan gen, lingkungan, dan pola hidup seorang pasien. Berdasarkan capaian pada semester I terdapat 2 layanan kedokteran presisi yang telah diselenggarakan oleh rumah sakit. Adapun layanan kedokteran presisi lainnya yang saat ini sedang dalam tahap pengembangan adalah CholestoGen (pemeriksaan *familial hypercholesterolemia*) oleh RSCM dan Care4Rare (pemeriksaan sekuensing untuk penyakit langka) oleh RS Dr. Sardjito. Pengembangan layanan ini ditargetkan selesai pada akhir tahun 2025. Maka dari itu dapat disampaikan bahwa capaian indikator kinerja tahun 2025 sudah *on track* sesuai dengan target yang ditetapkan.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Capaian indikator pada semester I TA 2025 jika dibandingkan dengan target tahunan adalah 50%.

Indikator	2025	
	Target	Realisasi
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4	2

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

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

Indikator	2025		
	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4	2	50%

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

Pada periode semester I tahun 2025 indikator jumlah layanan berbasis kedokteran presisi telah memperoleh realisasi sebanyak 2 layanan sehingga diperoleh capaian sebesar 50%. Namun demikian upaya untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu terus diakselerasi untuk memastikan target jangka menengah pada RPJMN Bidang Kesehatan Tahun 2025-2029 bisa tercapai.

Indikator	2025		2029
	Realisasi	Target	Target
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	2	4	15

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

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

11. Permasalahan

- Regulasi teknis terkait penyelenggaraan layanan kedokteran presisi masih dalam proses penyusunan
- Belum tersedia sistem informasi untuk penetapan Fasyankes penyelenggara layanan kedokteran presisi
- Anggaran yang tersedia (*existing*) belum bisa digunakan karena masih dalam proses pembahasan antara Kemenkes, Bappenas dan Kemenkeu (DJA)

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Proses penyusunan RPKM Teknologi Kesehatan Substansi Kedokteran Presisi
- Proses pengembangan sistem informasi penetapan Fasyankes penyelenggara layanan kedokteran presisi
- Percepatan proses pembahasan program dan anggaran dalam mendukung capaian indikator yang menjadi ampuan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan berkoordinasi dengan bagian perencanaan dan anggaran di lingkungan Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, monitoring evaluasi serta implementasi penyelenggaraan layanan. Namun demikian kegiatan tersebut belum dapat dilaksanakan secara optimal karena pembahasan revisi dokumen anggaran yang masih berlangsung. Adapun tercapainya target indikator jumlah layanan berbasis kedokteran presisi dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut:

- Perencanaan kegiatan yang baik
- Ketepatan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan
- Adanya kerjasama dengan lintas program dan lintas sektor terkait.
- Dukungan anggaran

14. Efisiensi Sumber Daya

Adanya perubahan SOTK baru sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan menyebabkan perubahan tugas dan fungsi direktorat. Hal ini juga berdampak pada perubahan dokumen anggaran TA 2025 yang harus menyesuaikan dengan daftar kegiatan baru sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Proses revisi dokumen anggaran ini masih berlangsung hingga semester I TA 2025 sehingga belum ada upaya efisiensi sumber daya yang dilakukan.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Per semester I TA 2025 program kegiatan yang dirancang untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja belum terlaksana. Setelah terbitnya Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan diperlukan penyesuaian dokumen anggaran TA 2025 yang hingga saat ini masih dalam proses pembahasan dengan lintas sektor terkait. Oleh karena itu belum bisa dilakukan analisis terhadap program kegiatan yang menunjang keberhasilan kinerja

g. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional (Dit. PPKR)

1. Definisi Operasional

Pertumbuhan jumlah RS yang sudah memiliki hasil penelitian translasional.

2. Cara Perhitungan

Jumlah RS yang sudah memiliki minimal 1 Clinical Pathway/Panduan Praktik Klinis berdasarkan hasil penelitian translasional yang sudah ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit.

3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Sesuai dengan perubahan struktur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai Permenkes Nomor 21 tahun 2024, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan merupakan Direktorat baru yang ada di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan lingkup kegiatan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan berteknologi tinggi. Sesuai amanah Undang-Undang Kesehatan 17 tahun 2023 dan turunannya Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan mengamanatkan pemanfaatan teknologi biomedis, salah satu bagian dari teknologi kesehatan.

Rumah sakit selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan, juga dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. Dalam menyelenggarakan fungsi penelitian ini, rumah sakit dapat membentuk pusat penelitian guna pengembangan layanan kesehatan. Pusat penelitian ini harus menyelenggarakan penelitian unggulan dan translasional. Penelitian translasional adalah pendekatan penelitian yang bertujuan untuk menerjemahkan temuan-temuan dari penelitian dasar (misalnya, penelitian laboratorium) menjadi aplikasi yang bermanfaat bagi kesehatan manusia, baik pada tingkat individu maupun populasi. Aplikasi kebermanfaatan ini dalam konteks rumah sakit dapat dituangkan menjadi SPO (Standar Prosedur Operasional) mencakup PPK (Panduan Praktik Klinis) dan prosedur pemeriksaan atau tindakan. SPO ini harus disahkan oleh kepala pimpinan rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional menjadi salah satu Indikator Kinerja Program (IKP) Kementerian Kesehatan dalam Renstra 2025-2029.

Adapun kegiatan yang mendukung ketercapaian indikator tersebut diselenggarakan dengan sumber anggaran Direktorat PPKR. Kegiatan yang diselenggarakan mulai dari penyusunan NSPK, fasilitasi penyelenggara penelitian klinik, fasilitasi Komite Etik Penelitian Kesehatan Nasional (KEPKN), serta monitoring evaluasi. Sampai saat ini anggaran yang ada di Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan belum bisa digunakan karena masih dalam proses pembahasan baik di Tingkat Kemenkes, Bappenas maupun Kementerian Keuangan (DJA).

4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Kegiatan yang direncanakan untuk mendukung pencapaian target, yaitu Pendampingan Teknis RS Penyelenggara Penelitian Klinik.

Berdasarkan PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Rumah Sakit dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang Kesehatan. Penelitian klinik di rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan pemahaman terhadap proses penyakit, pencegahan dan pengobatan penyakit, serta sebagai dasar pengembangan pengobatan atau intervensi baru. Hasil penelitian klinik dapat digunakan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan sebagai

salah satu upaya transformasi pelayanan kesehatan rujukan. Rumah sakit dapat membentuk pusat penelitian atau Clinical Research Unit (CRU) yang berupa unit atau instalasi. Berdasarkan Kepmenkes Nomor 1458 Tahun 2023, CRU memiliki tugas mengelola penelitian klinik di rumah sakit, merancang program peningkatan penelitian klinik dan inovasi di rumah sakit, melakukan administrasi penyelenggaraan penelitian klinik di rumah sakit, merumuskan kebijakan rumah sakit dalam penyelenggaraan penelitian klinik dan inovasi, melaksanakan kegiatan penelitian klinik, melaksanakan koordinasi, pemantauan dan evaluasi atas proses penelitian klinik yang diselenggarakan di rumah sakit, diseminasi hasil penelitian klinik, pelaporan, serta koordinasi dan kolaborasi dengan rumah sakit lain, industri, sponsor penelitian klinik, lembaga penelitian di kementerian/lembaga dan pemangku kepentingan lainnya terkait dalam upaya peningkatan sistem kesehatan akademik. Adanya kegiatan pendampingan teknis bertujuan untuk meningkatkan peran aktif rumah sakit dalam melakukan kolaborasi penelitian klinik dan pengembangan yang dilakukan industri dengan meningkatkan potensi dan kapasitas dalam menyelenggarakan penelitian klinik. Selain itu dilakukan pula monitoring dan evaluasi pengembangan CRU bekerja sama dengan Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan dengan sasara lokus meliputi, RSUP IGNG Ngoerah, RSUP Dr. Sardjito, RSUP M. Hoesin, RSHS, RS Mata Cicendo, RSUP dr. Wahidin Soedirohusodo, RSUP dr. Kariadi, RSUP Adam Malik, dan RS Ortopedi Dr. R. Soeharso.

5. Pencapaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator Pertumbuhan rumah sakit yang sudah menerapkan hasil riset translasional di tahun 2025 adalah sebanyak 10 rumah sakit. Per semester I tahun 2025 terdapat 6 rumah sakit yang telah menerapkan hasil riset translasional yang terdiri dari rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso, Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin, Rumah Sakit Mata Cicendo, Rumah Sakit Umum Pusat Prof Dr. I.G.N.G. Ngoerah, Rumah Sakit Mata Makassar dan RS Fatmawati. Berdasarkan realisasi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja periode semester I tahun 2025 untuk Pertumbuhan rumah sakit yang sudah menerapkan hasil riset translasional adalah 50%. Adapun ruang lingkup pengukuran indikator meliputi rumah sakit milik pemerintah maupun swasta. Data diperoleh dari dokumen Clinical Pathway atau Pedoman Praktik Klinis (PPK) hasil riset translasional yang telah ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

Indikator	2025		
	Target	Realisasi	Capaian
Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10	6	60%

6. Analisa Capaian Kinerja

Pusat penelitian atau *Clinical Research Unit* (CRU) yang dibentuk oleh Rumah Sakit merupakan unit yang menyelenggarakan penelitian klinik memiliki tugas untuk mengelola penelitian klinik di rumah sakit. Berdasarkan capaian pada semester I, terdapat 6 rumah sakit yang sudah mengimplementasikan hasil penelitian translasional dari CRU dalam Clinical Pathway atau Panduan Praktik Klinik. Dari hasil koordinasi terdapat beberapa RS yang sedang dalam proses penetapan PPK dari hasil riset translasional yang sudah dilakukan yaitu RSCM, RS Jiwa DR. Radjiman Wediodiningrat, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RS Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo, RSAB Harapan Kita. Maka dari itu dapat disampaikan bahwa capaian indikator kinerja tahun 2025 sudah *on track* sesuai dengan target yang ditetapkan.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Target capaian kinerja indikator Pertumbuhan rumah sakit yang sudah menerapkan hasil riset translasional di tahun 2025 adalah 10 rumah sakit. Pada periode semester I tahun 2025 indikator ini telah memperoleh realisasi sebanyak 6 rumah sakit.

Indikator	2025	
	Target	Realisasi
Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10	6

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

Kementerian Kesehatan telah menyusun dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 dimana pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional merupakan bagian dari salah indikator kinerja baru untuk mengukur tingkat keberhasilan program. Oleh karena dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 baru ditetapkan pada tahun 2025, maka belum ada realisasi dan capaian kinerja beberapa tahun terakhir yang dapat dijadikan sebagai data pembandingan.

Indikator	2025		
	Target	Realisasi	Capaian
Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10	6	60%

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Pada periode semester I tahun 2025 indikator pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional telah memperoleh realisasi sebanyak 6 rumah sakit sehingga diperoleh capaian sebesar 60%. Namun demikian upaya untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu terus diakselerasi untuk memastikan target jangka menengah pada RPJMN Bidang Kesehatan Tahun 2025-2029 bisa tercapai.

Indikator	2025		2029
	Realisasi	Target	Target
Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	6	10	174

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum ada data pembandingan secara nasional terkait pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

11. Permasalahan

- RS masih berproses untuk penetapan clinical pathway/PPK berdasarkan hasil penelitian translasional

- Anggaran yang tersedia (existing) belum bisa digunakan karena masih proses pembahasan antara Kemenkes, Bappenas dan Kemenkeu (DJA)

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Melakukan koordinasi berkala dengan CRU RS.
- Percepatan proses pembahasan program dan anggaran dalam mendukung capaian indikator yang menjadi ampunan Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan berkoordinasi dengan bagian perencanaan dan anggaran di lingkungan Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, monitoring evaluasi serta implementasi penyelenggaraan layanan. Namun demikian kegiatan tersebut belum dapat dilaksanakan secara optimal karena pembahasan revisi dokumen anggaran yang masih berlangsung. Adapun hal-hal yang dapat memengaruhi pencapaian target indikator Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional disebabkan oleh faktor-faktor berikut:

- Perencanaan kegiatan yang baik
- Ketepatan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan
- Adanya kerjasama dengan lintas program dan lintas sektor terkait.
- Dukungan anggaran

14. Efisiensi Sumber Daya

Adanya perubahan SOTK baru sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan menyebabkan perubahan tugas dan fungsi direktorat. Hal ini juga berdampak pada perubahan dokumen anggaran TA 2025 yang harus menyesuaikan dengan daftar kegiatan baru sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Proses revisi dokumen anggaran ini masih berlangsung hingga semester I TA 2025 sehingga belum ada upaya efisiensi sumber daya yang dilakukan.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Per semester I TA 2025 program kegiatan yang dirancang untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja belum terlaksana. Setelah terbitnya Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan diperlukan penyesuaian dokumen anggaran TA 2025 yang hingga saat ini masih dalam proses pembahasan dengan lintas sektor terkait. Oleh karena itu belum bisa dilakukan analisis terhadap program kegiatan yang menunjang keberhasilan kinerja.

h. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP (Dit. PPKR)

1. Definisi Operasional

Jumlah *Clinical Research Unit* (CRU) rumah sakit yang memenuhi persyaratan untuk melakukan uji klinis sesuai standar *Good Clinical Practice* (GCP)

2. Cara Perhitungan

Jumlah Clinical Research Unit (CRU) rumah sakit yang tersertifikasi berdasarkan standar Good Clinical Practice (GCP)

3. Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Sesuai dengan perubahan struktur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai Permenkes Nomor 21 tahun 2024, Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan merupakan Direktorat baru yang ada di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan lingkup kegiatan di bidang pengembangan pelayanan kesehatan berteknologi tinggi. Sesuai amanah Undang-Undang Kesehatan 17 tahun 2023 dan turunannya Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan mengamanatkan pemanfaatan teknologi biomedis, salah satu bagian dari teknologi kesehatan.

Dalam rangka mewujudkan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, rumah sakit selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan, juga dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. Dalam menyelenggarakan fungsi penelitian ini, rumah sakit dapat membentuk pusat penelitian guna pengembangan layanan kesehatan. Pusat penelitian atau Clinical Research Unit (CRU) merupakan unit yang menyelenggarakan penelitian klinik yang dapat menjadi bagian penelitian di rumah sakit berupa unit atau instalasi. Penelitian klinik yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek harus memenuhi standar sesuai dengan standar Good Clinical Practice (GCP). Untuk dapat melakukan penelitian klinik sesuai dengan standar Good Clinical Practice (GCP) harus dilakukan di sarana penelitian klinik atau fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas dan SDM peneliti yang dapat menunjang penelitian klinik dengan baik.

Penerapan GCP merupakan standar internasional yang wajib dipenuhi dalam pelaksanaan uji klinis guna menjamin perlindungan terhadap hak, keselamatan, dan kesejahteraan subjek penelitian, sekaligus memastikan bahwa data yang dihasilkan valid dan dapat dipertanggungjawabkan. Oleh karena itu, peningkatan kapasitas dan penilaian kepatuhan CRU terhadap GCP menjadi langkah strategis yang tidak hanya mendukung regulasi nasional, tetapi juga meningkatkan daya saing Indonesia dalam kemitraan penelitian klinis berskala internasional. Rencana aksi ini diharapkan dapat meningkatkan jumlah CRU yang memenuhi standar GCP secara konsisten, sebagai bagian dari transformasi sistem riset kesehatan nasional yang berintegritas dan berdaya saing global.

Kegiatan yang mendukung ketercapaian indikator merupakan kolaborasi antara Direktorat PPKR, serta Balai Besar Biomedis dan Genomika. Kegiatan yang diselenggarakan mulai dari penyusunan NSPK, Pendampingan Teknis penyelenggara penelitian klinik, Layanan Komite Etik Penelitian Kesehatan Nasional (KEPKN), serta monitoring evaluasi. Sampai saat ini anggaran yang ada di Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan belum dapat digunakan karena masih dalam proses pembahasan baik di Tingkat Kemenkes, Bappenas maupun Kementerian Keuangan (DJA).

4. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Kegiatan yang direncanakan untuk mendukung pencapaian target yaitu survei pemetaan kapasitas CRU secara nasional, pengembangan dan pelaksanaan program pelatihan GCP berkelanjutan bagi SDM CRU, penyusunan dan implementasi sistem penilaian mutu CRU berbasis indikator GCP, serta fasilitasi pendampingan pengembangan CRU sesuai GCP.

Survei pemetaan kapasitas CRU secara nasional bertujuan untuk mengidentifikasi

kemampuan, sumber daya manusia, infrastruktur, serta sistem manajemen yang dimiliki CRU di berbagai wilayah di Indonesia, dilaksanakan dengan menyebarkan kuisiner ke rumah sakit seluruh Indonesia. Pengembangan dan pelaksanaan program pelatihan GCP dilaksanakan sebanyak 3 kali yang dilaksanakan di Provinsi Sumatera Barat, DKI Jakarta dan Jawa Barat. Sedangkan kegiatan Fasilitasi pendampingan pengembangan CRU sesuai GCP dilaksanakan di 3 (tiga) Rumah sakit yaitu RSUP Adam Malik, RSUP Prof. Dr. R.D Kandou dan RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso. Pendampingan yang diberikan meliputi struktur organisasi, sumber daya manusia, fasilitas, pengelolaan penelitian klinik di RS, perencanaan dan anggaran, koordinasi dan kerjasama, monitoring dan evaluasi serta prinsip penyelenggaraan penelitian klinik.

5. Pencapaian Kinerja

Target capaian kinerja indikator jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP di tahun 2025 adalah 3 rumah sakit. Per semester I tahun 2025 belum ada CRU rumah sakit yang telah memiliki sertifikasi standar GCP sehingga capaian kinerja adalah 0%. Adapun ruang lingkup pengukuran indikator meliputi rumah sakit milik pemerintah maupun swasta. Data diperoleh dari hasil asesmen kesesuaian *Clinical Research Unit* (CRU) rumah sakit terhadap standar *Good Clinical Practice* (GCP) yang selanjutnya ditetapkan oleh Ditjen Kesehatan Lanjutan.

Indikator	2025		
	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3	0	0%

6. Analisa Capaian Kinerja

Berdasarkan capaian pada semester I, masih belum terdapat CRU yang sudah memenuhi standar GCP. Namun demikian dari hasil koordinasi dan perencanaan kegiatan, diperkirakan dapat tercapai sesuai target pada triwulan selanjutnya.

7. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Target capaian kinerja indikator Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP di tahun 2025 adalah 3 rumah sakit. Pada periode semester I tahun 2025 indikator ini belum memiliki realisasi.

Indikator	2025	
	Target	Realisasi
Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3	0

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

Kementerian Kesehatan telah menyusun dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 dimana jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP merupakan bagian dari salah indikator kinerja baru untuk mengukur tingkat keberhasilan program. Oleh karena dokumen Rencana Strategis K/L Tahun 2025-2029 baru ditetapkan pada tahun 2025, maka belum ada realisasi dan capaian kinerja beberapa tahun terakhir yang dapat dijadikan sebagai data pembanding.

Indikator	2025		
	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3	0	0%

9. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah

Pada periode semester I tahun 2025 indikator jumlah CRU yang sudah memiliki standar GCP belum memiliki realisasi dan capaian kinerja. Maka dari itu upaya untuk mendukung keberhasilan program kerja Renstra Kemenkes perlu dilakukan percepatan untuk memastikan indikator tahunan dan jangka menengah dapat tercapai sesuai target yang telah ditetapkan.

Indikator	2025		2029
	Realisasi	Target	Target
Jumlah CRU yang sudah memiliki standar GCP	0	3	15

10. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum ada data perbandingan secara nasional terkait CRU yang sudah memiliki standar GCP sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

11. Permasalahan

- Training dan pendampingan bagi CRU untuk pemenuhan standar GCP masih berproses
- Anggaran yang tersedia belum bisa digunakan karena masih menunggu proses pembahasan antara Kemenkes, Bappenas dan Kemenkeu (DJA)

12. Upaya Pemecahan Masalah

- Training dan pendampingan akan dilaksanakan mulai Juli sd November 2025
- Melakukan koordinasi lintas program, lintas sektor secara daring dalam penyiapan NSPK serta fasilitasi dalam pencapaian indikator yang diampu Direktorat Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan
- Melakukan percepatan proses pembahasan program dan anggaran dalam mendukung pencapaian indikator yang menjadi ampuan Direktorat Pengembangan Kesehatan Rujukan dengan berkoordinasi dengan bagian perencanaan dan anggaran di lingkungan Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan

13. Analisis Faktor Keberhasilan Kinerja

Pencapaian indikator berkaitan dengan terlaksananya kegiatan perumusan kebijakan, penyiapan penyusunan NSPK, fasilitasi, pendampingan, monitoring evaluasi serta implementasi penyelenggaraan layanan. Salah satu faktor yang memengaruhi pencapaian target indikator yang masih rendah adalah pembiayaan kegiatan

14. Efisiensi Sumber Daya

Adanya perubahan SOTK baru sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan menyebabkan perubahan tugas dan fungsi direktorat. Hal ini juga berdampak pada perubahan dokumen anggaran TA 2025 yang harus menyesuaikan dengan daftar kegiatan baru sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Proses revisi dokumen anggaran ini masih berlangsung hingga semester I TA 2025 sehingga belum ada upaya efisiensi sumber daya yang dilakukan.

15. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan

Per semester I TA 2025 program kegiatan yang dirancang untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja belum terlaksana. Setelah terbitnya Permenkes Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan diperlukan penyesuaian dokumen anggaran TA 2025 yang hingga saat ini masih dalam proses pembahasan dengan lintas sektor terkait. Oleh karena itu belum bisa dilakukan analisis terhadap program kegiatan yang menunjang keberhasilan kinerja.

i. Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas (Dit. MPKR)

1) Definisi Operasional

Persentase RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menerapkan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas.

2) Cara Penghitungan

Jumlah RS Pemerintah lokus program pengampuan yang menerapkan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas dibagi Jumlah RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas dikali 100%.

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

$$\frac{\text{Jumlah RS Pemerintah lokus program pengampuan yang menerapkan panduan praktik klinis atau Clinical Pathway untuk 10 penyakit prioritas}}{\text{Jumlah RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas}} \times 100\%$$

3) Rencana Aksi untuk mencapai target

- Penguatan penerapan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
- Mengkoordinasikan kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor, dan pemangku kepentingan.
- Peningkatan kepatuhan penerapan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas di RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas.
- Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- Pembinaan dan pengawasan menerapkan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas di RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas.

- f) Penerapan panduan praktik klinis atau Clinical Pathway untuk 10 penyakit prioritas di RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampunan yang menangani 10 penyakit prioritas.
- g) Pengembangan sistem informasi data terkait penerapan panduan praktik klinis atau Clinical Pathway yang terintegrasi.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan mutu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
 - 1) Penetapan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
 - 2) Penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
 - 3) Penetapan 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.
 - 4) Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu.
- b) Mengkoordinasikan kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
 - 1) Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terkait pengembangan sistem informasi pendukung penyelenggaraan mutu fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 2) Direktorat Pelayanan Klinik terkait Program Pengampunan KJSU KIA dan Non KJSU, penerapan panduan praktik klinis dan Clinical Pathway.
 - 3) *Digital Transformation Office* Kementerian Kesehatan terkait integrasi dengan Satu Sehat.
 - 4) Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, dan BPJS Kesehatan.
- c) Peningkatan kepatuhan penerapan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas di RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampunan yang menangani 10 penyakit prioritas.
 - 1) Monitoring terhadap pelaksanaan penerapan panduan praktik klinis atau Clinical Pathway untuk 10 penyakit prioritas.

- 2) Sosialisasi secara terus menerus dalam penerapan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas.
- d) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
 - 1) Workshop kepada Dinas Kesehatan dan fasyankes mengenai program pengampuan yang menerapkan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas.
 - 2) Pendampingan oleh rumah sakit koordinator pengampuan untuk 10 penyakit prioritas pada RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas.
- e) Pembinaan dan pengawasan menerapkan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas di RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas.
 - 1) Pemantauan dan Evaluasi implementasi panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas di RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas
 - 2) Pembinaan rumah sakit koordinator pengampuan untuk 10 penyakit prioritas pada RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas
- f) Penerapan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas di RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas.

Penyampaian Evaluasi dan umpan balik terhadap implementasi panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway* untuk 10 penyakit prioritas di RS Pemerintah yang merupakan lokus program pengampuan yang menangani 10 penyakit prioritas.

- g) Pengembangan sistem informasi data terkait penerapan panduan praktik klinis atau *Clinical Pathway yang terintegrasi.*

Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Keslan. Sistem informasi mutu fasyankes terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

5) Pencapaian Kinerja

Indikator Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 3.8 Capaian Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas Semester 1 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50%	N/A	N/A	Regulasi yang mewajibkan RS melaporkan indikator ini belum tersedia. Selain itu, sedang dilakukan penyusunan instrumen (<i>tools</i>) untuk pengumpulan data.

Sumber data: N/A

6) Analisis Capaian Kinerja

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Regulasi yang mewajibkan RS melaporkan data untuk indikator Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas, belum tersedia. Selain itu, sedang dilakukan penyusunan instrumen (*tools*) untuk menghimpun data dari Rumah Sakit.

7) Analisis Capaian Kinerja Tahun 2025 Dibandingkan 2024

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Regulasi yang mewajibkan RS melaporkan data untuk indikator tersebut belum tersedia. Selain itu, sedang dilakukan penyusunan instrumen (*tools*) untuk menghimpun data dari Rumah Sakit. Tidak hanya itu, pada Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024 belum terdapat indikator Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas, sehingga tidak terdapat hasil pengukuran yang dapat menjadi perbandingan.

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

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Regulasi yang mewajibkan RS melaporkan data untuk indikator tersebut belum tersedia. Selain itu, sedang dilakukan penyusunan instrumen (*tools*) untuk menghimpun data dari Rumah Sakit. Tidak hanya itu, pada Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024 belum terdapat indikator Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas, sehingga tidak terdapat hasil pengukuran yang dapat menjadi perbandingan.

9) Analisis Capaian Kinerja 2025 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2025-2029

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Regulasi yang mewajibkan RS melaporkan data untuk indikator tersebut belum tersedia. Selain itu, sedang dilakukan penyusunan instrumen (*tools*) untuk menghimpun data dari Rumah Sakit. Tidak hanya itu, pada Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024 belum terdapat indikator Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas, sehingga tidak terdapat hasil pengukuran yang dapat menjadi perbandingan.

10) Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Standar Nasional

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembandingan (*benchmarking*) pada realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator ini.

11) Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target indikator kinerja program Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas, antara lain:

- a) Saat ini, pada sistem pelaporan INM yang terkait indikator kepatuhan pelaksanaan *Clinical Pathway* baru terdapat 5 penyakit dasar yang diukur kepatuhannya (Permenkes 30 tahun 2022), sehingga sistem pelaporan kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* yang khusus untuk pelayanan yang mencakup 10 penyakit prioritas belum tersedia.
- b) Belum lengkapnya PNPK (Pedoman Nasional Praktik Kedokteran) terkait 10 penyakit prioritas.

12) Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut di atas maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Membuat instrumen ataupun sistem pelaporan kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* yang khusus untuk pelayanan yang mencakup 10 penyakit prioritas.
- b) Melengkapi PNPK (Pedoman Nasional Praktik Kedokteran) terkait 10 penyakit prioritas.

13) Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Regulasi yang mewajibkan RS melaporkan data untuk indikator tersebut belum tersedia. Selain itu, sedang dilakukan penyusunan instrumen (*tools*) untuk menghimpun data dari Rumah Sakit. Tidak hanya itu, pada Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024 belum terdapat indikator Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas, sehingga tidak dapat ditentukan peningkatan/penurunan capaian pada tahun 2025 (karena indikator baru).

14) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi terkait kebijakan menjadi lebih luas.

15) Analisis Program/Kegiatan yang Mendukung Pencapaian Keberhasilan/Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Program-program yang dilakukan untuk mendukung pencapaian target kinerja indikator persentase Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas adalah sebagai berikut:

- a) Telah dibuat program pengampunan untuk 10 penyakit prioritas sesuai dengan kemampuan pelayanan di Rumah Sakit yang diampu.
- b) Penyusunan 20 model Clinical Pathway yang merupakan output dari DLI 2 Program JKN Reform bersama World Bank (2022 – 2025)
- c) Monitoring evaluasi terpadu implementasi Clinical Pathway bersama dengan Kementerian Keuangan selaku Sekretariat JKN Reform dan BPJS serta Dinas Kesehatan Provinsi ke Rumah Sakit

Revisi Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjut tentang Penyelenggaraan Alur Klinis (Clinical Pathway di RS)

j. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna (Dit. MPKR)

1) Definisi Operasional

Persentase RS Pemerintah yang telah melaksanakan akreditasi dengan status Paripurna dan berlaku dalam kurun waktu 2025-2029.

2) Cara Penghitungan

Jumlah RS Pemerintah yang mendapatkan status akreditasi Paripurna dan masih berlaku dalam kurun waktu 2025-2029 dibagi Jumlah RS Pemerintah yang teregistrasi * 100%

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

$$\frac{\text{Jumlah RS Pemerintah yang mendapatkan status akreditasi Paripurna dan masih berlaku dalam kurun waktu 2025-2029}}{\text{Jumlah RS Pemerintah yang teregistrasi}} \times 100\%$$

3) Rencana Aksi untuk mencapai target

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan melalui penyusunan kebijakan-kebijakan di tingkat pusat dan tingkat pemerintah daerah.
- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- c) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
- d) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah, pemangku kepentingan dan SDM di rumah sakit.
- e) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan (Pra survei, survei dan pasca survei).
- f) Pengembangan sistem informasi akreditasi Rumah Sakit terintegrasi dengan RS Online.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
 - (1) Penetapan Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit (Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 dan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021)
 - (2) Penetapan Revisi Standar Akreditasi Rumah Sakit (Kepmenkes Nomor: HK.01.07/MENKES/1596/2024)
 - (3) Penetapan Standar Akreditasi dan Biaya Survei Rumah Sakit Kelas D Pratama (Kepmenkes Nomor: HK.01.07/MENKES/1094/2024)
 - (4) Penetapan Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit (Kepdirjen Nomor: HK.02.02/D/47104/2024)
 - (5) Penetapan Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama (Kepdirjen Nomor: HK.02.02/D/43853/2024)
 - (6) Penetapan Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit (Kepmenkes Nomor: HK.02.02/D/43961/2024)
 - (7) Penetapan Tim Pembina dan Pengawas Penyelenggaraan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8097/2023).
 - (8) Penetapan Tim Adhoc Pendukung Kegiatan Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/8098/2023).

- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Rumah Sakit.
 - (1) Koordinasi lintas program yang dilaksanakan:
 - (a) Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan terkait pengembangan sistem informasi pendukung penyelenggaraan akreditasi (SINAR, SIMAR, Mutufasyankes, dan RS Online)
 - (b) Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lanjutan terkait pemenuhan ASPAK.
 - (c) Direktorat Pelayanan Klinis terkait Standar dan Pedoman Pelayanan di Rumah Sakit
 - (d) Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan terkait Tata Kelola Rumah Sakit.
 - (e) Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terkait implementasi SISDMK
 - (f) Koordinasi lintas sektor dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, dan BPJS Kesehatan.
 - (2) Koordinasi implementasi penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit, dengan Lembaga Penyelenggara Akreditasi, asosiasi Rumah Sakit, dan organisasi profesi terkait.
- c) Penyiapan SDM pelaksana survei akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
 - (1) Penetapan kurikulum pelatihan calon surveior akreditasi rumah sakit.
 - (2) Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveiyor rumah sakit melalui Uji Kompetensi.
- d) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
 - (1) Workshop kepada Dinas Kesehatan dan fasyankes mengenai Standar Akreditasi Rumah Sakit dan Rumah Sakit Kelas D Pratama,
 - (2) Workshop kepada Dinas Kesehatan dan fasyankes mengenai Indikator Nasional Mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit,
 - (3) Bimbingan teknis terkait Standar Akreditasi, Manajemen Risiko, pencapaian target INM dan pelaporan IKP di Rumah Sakit
 - (4) Pendampingan akreditasi di Rumah Sakit
- e) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi rumah sakit.
 - (1) Pemantauan dan Evaluasi implementasi pedoman survei akreditasi di Rumah Sakit (Pra Survei, Survei dan Pasca Survei)
 - (2) Pemantauan dan Evaluasi kinerja lembaga penyelenggara Akreditasi, yaitu pencapaian indikator kinerja lembaga; dan pencapaian target indikator mutu lembaga
- f) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit terintegrasi.

Pengembangan sistem informasi dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi pemanfaatan sistem informasi serta penyampaian umpan balik kepada Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah

Sakit (SINAR) terintegrasi dengan RS Online, Sistem informasi mutu fasyankes/SIMAR dan Sistem Informasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit.

5) Pencapaian Kinerja

Capaian kinerja indikator Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.8 Capaian Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	38% (463)	37,82% (461)	99,57%	Jumlah RS Pemerintah 1219, terakreditasi Paripurna 461 RS

Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit), 2025

6) Analisis Capaian Kinerja

Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna adalah **37,82% (461 RS)**, jika dilihat dari target tahun 2025 maka capaian ini sudah sangat mendekati target namun terdapat hal yang perlu diperhatikan yaitu pada proses pelaksanaan Binwas Akreditasi periode Januari-Mei 2025 pada 6 RS Pemerintah terakreditasi Paripurna didapatkan bahwa hasil penilaian tidak sesuai dan diusulkan turun menjadi Utama. Didapatkan pula data bahwa ada 15 RS milik pemerintah diturunkan capaian akreditasi Paripurna menjadi utama karena tidak melaksanakan RME. Didapatkan juga data RS yang belum melaksanakan PPRA (Program Pengendalian Resistensi Antimikroba) baru 380 RS yang menerapkan PPRA (101 RS Pemerintah, 279 RS Swasta). Program Pengendalian Resistensi Antimikroba masuk dalam program Nasional yang harus mendapatkan nilai 100.

7) Analisis Capaian Kinerja Tahun 2025 Dibandingkan 2024

Tabel 3.9 Perbandingan Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna (Target & Capaian Tahun 2024-2025)

Judul Indikator	2024			2025		
	Target	Capaian	Persentase Realisasi	Target	Capaian	Persentase Realisasi
Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna				38%	37,82%	99,57%

Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit) 2025

Merujuk pada tabel di atas, capaian Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna adalah **37,82% (461 RS)**, capaian ini belum dapat dibandingkan dengan tahun sebelumnya karena indikator baru pada Renstra Kementerian Kesehatan

periode 2025-2029.

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

Tabel 3.10 Perbandingan Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna (Target & Capaian Tahun 2024-2025)

Judul Indikator	2024			2025		
	Target	Capaian	Persentase Realisasi	Target	Capaian	Persentase Realisasi
Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna				38%	37,82%	99,57%

Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit), 2025

Merujuk pada tabel di atas, capaian Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna adalah **37,82% (461 RS)**, capaian ini belum dapat dibandingkan dengan tahun sebelumnya karena indikator baru pada Renstra Kementerian Kesehatan periode 2025-2029.

9) Analisis Capaian Kinerja 2025 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2025-2029:

Tabel 3.11 Perbandingan Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna (Target & Capaian Tahun 2024-2025)

Judul Indikator	2024			2025		
	Target	Capaian	Persentase Realisasi	Target	Capaian	Persentase Realisasi
Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna				38%	37,82%	99,57%

Sumber data: SINAR (Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit), 2025

Merujuk pada tabel di atas, capaian Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna adalah **37,82% (461 RS)**, capaian ini belum dapat dibandingkan dengan tahun sebelumnya karena indikator baru pada Renstra Kementerian Kesehatan periode 2025-2029.

10) Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Standar Nasional

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembanding (*benchmarking*) pada realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator ini.

11) Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target indikator kinerja program Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna antara lain:

- a) Pada kegiatan pembinaan dan pengawasan akreditasi RS, ditemukan beberapa RS pemerintah yang belum mampu memenuhi standar Akreditasi terutama terkait sarana prasarana SDM pelaksana layanan yang sesuai dengan standar, penerapan pemberian asuhan sesuai standar, dan kepatuhan pelaporan INM dan IKP sehingga pada saat penilaian akreditasi tidak mencapai nilai maksimal/paripurna.
- b) Masih ada RS yang belum melaksanakan RME sesuai aturan sehingga berpotensi diberikan sanksi penurunan hasil akreditasi pada 31 Desember 2025.
- c) RS belum melaksanakan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA). Program PPRA masuk ke dalam Program Nasional yang harus mendapatkan nilai 100% untuk dapat lulus akreditasi.

12) Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut di atas maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Mempertahankan Akreditasi Paripurna
 - (1) Telah diagendakan kegiatan Peningkatan kapasitas SDM di RS terkait pemenuhan standar akreditasi
 - (2) Telah diagendakan kegiatan Diseminasi pelaporan INM dan IKP untuk peningkatan pemahaman terkait PMKP
 - (3) Monitoring dan Evaluasi pada RS terpilih
 - (4) Akan diajukan DAK NF untuk tahun 2026 untuk pelaksanaan Bimbingan Teknis di RS terpilih.
- b) Rekam Medik Elektronik (RME):
 - (1) Telah disampaikan himbauan kepada RS dan pemilik
 - (2) Menyediakan SIMGOS (gratis) dari Kemenkes
 - (3) Menyediakan Pendampingan dari PI dan Pusdatin
 - (4) Melaksanakan desk dan koordinasi dengan RS (Takel Keslan)
 - (5) Monitoring dan Evaluasi penerapan RME di RS (Pusdatin Kemenkes dan Takel Keslan)
- c) PPRA
 - (1) Telah dilaksanakan sosialisasi
 - (2) Telah diagendakan kegiatan Peningkatan kapasitas SDM di RS terkait program PPRA
 - (3) Monitoring dan Evaluasi pada RS terpilih
 - (4) Mendorong RS menyediakan sarpras untuk pemenuhan program PPRA

13) Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Pencapaian indikator Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna sangat didukung oleh:

- a) Transformasi sistem akreditasi rumah sakit yang dimulai pada tahun 2022 dengan penetapan 6 lembaga independen penyelenggara akreditasi, penetapan standar akreditasi rumah sakit, petunjuk teknis survey akreditasi rumah sakit, tarif survey, kurikulum dan modul pelatihan, oleh Kementerian Kesehatan.
- b) Pelatihan surveyor secara besar-besaran pada 2022 – 2023.
- c) Pelaksanaan Uji Kompetensi Surveior LPA pada tahun 2024.
- d) Advokasi *one on one* dengan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/kota.

14) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi terkait kebijakan menjadi lebih luas.

15) Analisis Program/Kegiatan yang Mendukung Pencapaian Keberhasilan/Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Program-program yang dilakukan untuk mendukung pencapaian target kinerja indikator Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna adalah sebagai berikut:

- a) Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Rumah Sakit.
- c) Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveiyor melalui Pelatihan Surveior dan Uji Kompetensi.
- d) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan (Fasyankes dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi).
- e) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di fasyankes rujukan.
- f) Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit terintegrasi.

k. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai

standar (Dit. MPKR)

1) Definisi Operasional

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.

2) Cara Penghitungan

Cara menghitung dan mengukur indikator ini dengan menghitung jumlah RS Pemerintah yang memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar $\geq 80\%$ dibagi jumlah seluruh RS Pemerintah t-1 dikali 100.

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

$$\frac{\text{Jumlah RS Pemerintah yang memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar } \geq 80\%}{\text{Jumlah seluruh RS Pemerintah t-1 dikali 100}} \times 100\%$$

3) Rencana Aksi untuk mencapai target

- h) Penguatan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
- i) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- j) Penguatan SDM Fasyankes lanjutan dalam pelaksanaan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA).
- k) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan.
- l) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan.
- m) Pengembangan sistem informasi Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- a) Penyusunan pedoman pengawasan dan evaluasi penggunaan antimikroba menggunakan *Point Prevalence Survei* (PPS).
- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan.
 - (1) Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan terkait pengembangan sistem informasi pendukung pelaporan penggunaan antimikroba melalui SIRS Online.

- (2) Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian terkait kebijakan penggunaan antibiotik.
- (3) Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan terkait konsultasi penggunaan aplikasi *Point Prevalence Survei* (PPS).
- c) Penyiapan SDM pelaksana Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan melalui pelatihan *Antimicrobial Use – Point Prevalence Survei* (AMU-PPS).
- d) Peningkatan kapasitas pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan melalui:
 - (1) Sosialisasi Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Rumah Sakit seluruh Indonesia.
 - (2) Workshop Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) untuk sektor swasta, melibatkan Pertamedika.
- e) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) untuk Rumah Sakit Vertikal sebanyak 16 RS.
- f) Pengelolaan sistem informasi pelaporan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) melalui SIRS Online.

5) Pencapaian Kinerja

Indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 3.8 Capaian Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar Semester 1 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	30% (366)	N/A	N/A	Masih dilakukan penyusunan pedoman antibiogram untuk dapat digunakan dalam pengukuran indikator pemberian antibiotik sistemik dan empirik sesuai standar.

Sumber data: N/A

6) Analisis Capaian Kinerja

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Masih dilakukan penyusunan pedoman antibiogram untuk dapat

digunakan dalam pengukuran indikator pemberian antibiotik sistemik dan empirik sesuai standar.

7) Analisis Capaian Kinerja Tahun 2025 Dibandingkan 2024

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Masih dilakukan penyusunan pedoman antibiogram untuk dapat digunakan dalam pengukuran indikator pemberian antibiotik sistemik dan empirik sesuai standar. Tidak hanya itu, pada Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024 belum terdapat indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik, sehingga tidak terdapat hasil pengukuran yang dapat menjadi perbandingan.

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

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Masih dilakukan penyusunan pedoman antibiogram untuk dapat digunakan dalam pengukuran indikator pemberian antibiotik sistemik dan empirik sesuai standar. Tidak hanya itu, pada Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024 belum terdapat indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik, sehingga tidak terdapat hasil pengukuran yang dapat menjadi perbandingan.

9) Analisis Capaian Kinerja 2025 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2025-2029

Analisis dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Masih dilakukan penyusunan pedoman antibiogram untuk dapat digunakan dalam pengukuran indikator pemberian antibiotik sistemik dan empirik sesuai standar. Tidak hanya itu, pada Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024 belum terdapat indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik, sehingga tidak terdapat hasil pengukuran yang dapat menjadi perbandingan.

10) Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Standar Nasional

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembandingan (*benchmarking*) pada realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator ini.

11) Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target indikator kinerja program Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar, antara lain:

- a) Diperlukan adanya Pedoman Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) untuk penyakit infeksi sebagai dasar penyusunan Pedoman Praktik Klinis (PPK) di Rumah Sakit.
- b) Diperlukan pelatihan bagi SDM Rumah Sakit dalam melakukan evaluasi penggunaan antibiotik rasional.
- c) Diperlukan pengembangan sistem informasi untuk pelaporan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) secara nasional.
- d) Diperlukan peningkatan kepatuhan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) untuk penggunaan antibiotik rasional.

12) Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut di atas maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- a) Penyediaan Pedoman Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) sesuai kebutuhan di Rumah Sakit.
- b) Pelatihan *Antimicrobial Use – Point Prevalence Survei* (AMU-PPS) untuk melakukan evaluasi penggunaan antibiotik rasional.
- c) Berkoordinasi dengan Tim Kerja Informasi dan Humas Setditjen Kesehatan Lanjutan serta Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan untuk pengembangan pelaporan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) melalui SIRS Online.
- d) Pembinaan kepada Rumah Sakit terkait Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA).

13) Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Keberhasilan atau kegagalan dari Indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar belum dapat ditentukan, karena pencapaian kinerja belum tersedia. Masih dilakukan penyusunan pedoman antibiogram untuk dapat digunakan dalam pengukuran indikator pemberian antibiotik sistemik dan empirik sesuai standar. Tidak hanya itu, pada Renstra Kementerian Kesehatan Periode 2020-2024 belum terdapat indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik, sehingga tidak dapat ditentukan peningkatan/penurunan capaian pada tahun 2025 (karena indikator baru).

14) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi terkait kebijakan menjadi lebih luas.

15) Analisis Program/Kegiatan yang Mendukung Pencapaian Keberhasilan/Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Program-program yang dilakukan untuk mendukung pencapaian target kinerja indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar adalah sebagai berikut:

- a) Penyusunan Pedoman *Antimicrobial Use-Point Prevalence Survei* (AMU-PPS).
- b) Telah dilakukan pelatihan *Antimicrobial Use-Point Prevalence Survei* (AMU-PPS) terhadap 10 Rumah Sakit dan akan dilakukan uji coba *Antimicrobial Use-Point Prevalence Survei* (AMU-PPS).
- c) Workshop terkait *Antimicrobial Use-Point Prevalence Survei* (AMU-PPS) terhadap RS lainnya.
- d) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) untuk Rumah Sakit Vertikal sebanyak 16 RS.

I. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (Dit. MPKR)

1) Definisi Operasional

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 statistik.

2) Cara Penghitungan

Cara menghitung dan mengukur indikator ini adalah total skor Indeks Kepuasan Pasien dari setiap fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang dievaluasi dibagi jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi.

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

$$\frac{\text{Total skor Indeks Kepuasan Pasien dari setiap fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang dievaluasi}}{\text{Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi}} \times 100\%$$

3) Rencana Aksi untuk mencapai target

- a) Penguatan mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan melalui penyusunan kebijakan-kebijakan.
- b) Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan.
- c) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan.
- d) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di Fasyankes lanjutan.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- a) Upaya peningkatan mutu melalui akreditasi rumah sakit dan klinik utama.
- b) Sosialisasi Indikator Nasional Mutu bagi SDM Dinas Kesehatan dan SDM Rumah Sakit & Klinik Utama.
- c) Pemantauan dan Evaluasi capaian Indikator Mutu per provinsi.
- d) Diseminasi dan Analisa hasil pelaporan Indikator Nasional Mutu di RS dan Klinik Utama.

5) Pencapaian Kinerja

Indikator Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 3.8 Capaian Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan	77	88,62	115%	Angka capaian indikator ini baru diperoleh dari Rumah Sakit, dikarenakan jumlah Klinik Utama yang melapor belum representatif akibat dari errornya aplikasi mutu fasyankes untuk waktu yang cukup lama (sejak awal Juni hingga akhir Juli 2025).

Sumber data: N/a

6) Analisis Capaian Kinerja

Capaian Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan adalah sebesar 88,62 nilai Indeks Kepuasan Pasien yang diperoleh dari 2.296 RS yang melaporkan nilai

indeks tersebut melalui Indikator Nasional Mutu. Jika dilihat dari target tahun 2025 maka capaian ini sudah melampaui target namun terdapat hal yang perlu diperhatikan yaitu (1) data diperoleh dari *self-assessment* melalui Indikator Nasional Mutu; (2) data yang diperoleh belum mencakup Klinik Utama, melainkan hanya RS saja; (3) dan terdapat sejumlah RS yang melaporkan nilai indeks kepuasan pasien, namun dengan nilai indeks yang tidak sesuai (tidak pada rentang nilai yang valid), sehingga data tersebut dieksklusi dari perhitungan.

7) Analisis Capaian Kinerja Tahun 2025 Dibandingkan 2024

Tabel 3.9 Perbandingan Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (Target & Capaian Tahun 2024-2025)

Judul Indikator	2024			2025		
	Target	Capaian	Persentase Realisasi	Target	Capaian	Persentase Realisasi
Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan				77	88,62	115%

Sumber data: SIMAR (Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit) 2025

Merujuk pada tabel di atas, capaian Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan adalah **88,62** nilai indeks (dari 2.296 RS), capaian ini belum dapat dibandingkan dengan tahun sebelumnya karena indikator baru pada Renstra Kementerian Kesehatan periode 2025-2029.

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

Tabel 3.10 Perbandingan Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (Target & Capaian Tahun 2024-2025)

Judul Indikator	2024			2025		
	Target	Capaian	Persentase Realisasi	Target	Capaian	Persentase Realisasi
Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan				77	88,62	115%

Sumber data: SIMAR (Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit) 2025

Merujuk pada tabel di atas, capaian Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan adalah **88,62** nilai indeks (dari 2.296 RS), capaian ini belum dapat dibandingkan dengan tahun sebelumnya karena indikator baru pada Renstra Kementerian Kesehatan periode 2025-2029.

9) Analisis Capaian Kinerja 2025 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2025-2029:

Tabel 3.11 Perbandingan Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan

(Target & Capaian Tahun 2024-2025)

Judul Indikator	2024			2025		
	Target	Capaian	Persentase Realisasi	Target	Capaian	Persentase Realisasi
Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan				77	88,62	115%

Sumber data: SIMAR (Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit) 2025

Merujuk pada tabel di atas, capaian Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan adalah **88,62** nilai indeks (dari 2.296 RS), capaian ini belum dapat dibandingkan dengan tahun sebelumnya karena indikator baru pada Renstra Kementerian Kesehatan periode 2025-2029.

10) Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Standar Nasional

Tidak tersedia standar nasional untuk dijadikan pembandingan (*benchmarking*) pada realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator ini.

11) Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target indikator kinerja program tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan antara lain:

- Aplikasi pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) yang terdapat unsur kepuasan pasien di dalamnya mengalami masalah pada periode pelaporan kepuasan pasien semester 1 2025.
- Periode *deadline* pelaporan survei kepuasan pasien semester 1 2025 adalah 10 Juli 2025 untuk RS dan 15 Juli 2025 untuk Klinik Utama, namun pelaporan survey kepuasan pasien yang diperoleh hanya dari RS (belum diperoleh angka untuk Klinik Utama karena jumlah laporan yang diterima belum representatif).
- Terdapat kendala pemahaman RS terhadap definisi operasional indikator (termasuk cara pengisian angka indeks), sehingga beberapa laporan capaian RS dieksklusikan akibat nilai yang tidak valid.

12) Usulan Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan tersebut di atas maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

- Penyempurnaan Sistem Informasi Mutu Fasyankes sebagai platform pelaporan INM yang di dalamnya terdapat hasil survei kepuasan pasien di fasyankes.
- Berkolaborasi dengan *stakeholders* terkait seperti dinas kesehatan kab/kota untuk mendorong Klinik Utama agar meningkatkan kepatuhan pelaporan INM, termasuk pelaporan survei kepuasan pasien di dalamnya.

- c) Melaksanakan penyegaran pemahaman definisi operasional untuk pengisian INM di Rumah Sakit dan Klinik Utama.

13) Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Pencapaian indikator Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan antara lain didukung oleh:

- a) Pemantauan bulanan (saat penarikan data) terhadap hasil capaian Indikator Nasional Mutu.
- b) Berkolaborasi dengan dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota untuk turut memonitor dan mengingatkan RS dalam kepatuhan pelaporan INM.
- c) Diseminasi hasil INM secara periodik dan pemberian reward pada momen Hari Kesehatan Nasional (HKN) untuk wilayah dengan pelaporan INM paling patuh.

14) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki maka kegiatan-kegiatan yang memungkinkan dilakukan secara daring seperti kegiatan Sosialisasi dan Workshop dilakukan secara daring sehingga jumlah sasaran yang tersosialisasi terkait kebijakan menjadi lebih luas.

15) Analisis Program/Kegiatan yang Mendukung Pencapaian Keberhasilan/Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Program-program yang dilakukan untuk mendukung pencapaian target kinerja indikator persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu adalah sebagai berikut:

- a) Pembinaan dan pengawasan mutu dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan.
- b) Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) di fasyankes lanjutan.
- c) Pengembangan sistem informasi data pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM)

m. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (Dit. MPKR)

n. Nilai Reformasi Birokrasi di Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Pelaksanaan Reformasi Birokrasi (RB) dibagi menjadi 2 (dua) sasaran yaitu RB General dan RB Tematik. Pelaksanaan RB General meliputi sasaran strategis Terciptanya Tata Kelola Pemerintahan Digital yang Lincah, Kolaboratif, dan Akuntabel dan Budaya Birokrasi BERAKHLAK dengan ASN yang Profesional dan diampu oleh unit-unit kerja di bawah Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan, sedangkan RB Tematik diampu oleh unit teknis tingkat eselon I.

RB Tematik tahun 2025 mendukung pelaksanaan 8 Misi Asta Cita Presiden RI untuk mencapai visi Indonesia Emas 2045. Kementerian Kesehatan memberikan dukungan dengan melaksanakan penguatan Sistem Kesehatan Nasional melalui Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) atau Quick Win antara lain: pemeriksaan kesehatan gratis, penurunan kasus TBC 50% dalam lima tahun, dan pembangunan rumah sakit lengkap berkualitas di daerah terpencil dan tertinggal.

Dalam pelaksanaannya, penilaian/evaluasi RB mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 9 Tahun 2023 tentang Evaluasi Reformasi Birokrasi. Pelaksanaan evaluasi dilaksanakan dengan 3 (tiga) tahap yaitu: 1) tahap Perencanaan (ex-ante); 2) tahap Pelaksanaan (on-going); 3) tahap Pasca Pelaksanaan (ex-post), dimana setiap tahapan tersebut dievaluasi oleh evaluator yang berbeda. Tahap perencanaan dan tahap pelaksanaan dinilai oleh evaluator internal yaitu Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) dalam hal ini Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan, sedangkan tahap pasca pelaksanaan dinilai oleh evaluator eksternal yaitu Kementerian/Lembaga sebagai instansi pembina. Bobot dan indikator penilaian bersifat dinamis dengan ketentuan mengenai detail setiap komponen, teknik pengukuran, bobot setiap komponen/subkomponen, serta koefisien penilaian akan ditentukan oleh Evaluator Nasional yaitu Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi.

Pelaksanaan Reformasi Birokrasi tahun 2025 yang menjadi tanggung jawab Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan adalah RB Tematik yang diambil Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) atau Quick Win, yaitu membangun RS lengkap berkualitas di kabupaten terpencil dan tertinggal. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan memandang perlu meningkatkan kompetensi rumah sakit untuk mendukung rumah sakit yang lengkap dan berkualitas di kabupaten.

Dari hasil pemetaan yang telah dilakukan, terdapat 66 RSUD Kelas D atau D Pratama yang perlu peningkatan kompetensi rumah sakit yang mendukung program pengampunan jejaring pelayanan Kanker, Jantung, Stroke, dan Urologi (KJSU). Dari 66 RSUD yang tersebar di 24 provinsi, terdapat 32 rumah sakit di wilayah Indonesia bagian Barat dan Tengah, dan 34 rumah sakit di wilayah Indonesia bagian Timur.

Pada Roadmap peningkatan kelas rumah sakit kelas D atau D pratama ke kelas C, dilakukan percepatan dari 3 tahun menjadi 2 tahun. Adapun pemilihan quick win ini memperhatikan kriteria pada kabupaten/ kota yang belum memiliki rumah sakit kelas C dan

memiliki lahan yang tidak bermasalah dan memungkinkan untuk dikembangkan. Peningkatan kelas D ke kelas C diharapkan akan meningkatkan akses dan kualitas kepada masyarakat melalui penambahan kebutuhan sarana dan prasarana serta alat Kesehatan.

Tema yang dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yaitu *Quick Win* Presiden dengan indikator sasaran Jumlah Kabupaten/ Kota dengan RS Kelas D yang ditingkatkan menjadi Kelas C dengan rencana aksi pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan rumah sakit kelas D hingga memenuhi standar rumah sakit kelas C.

Tema RB yang terkait dengan indikator Reformasi Birokrasi di Lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan:

1) Definisi Operasional

Rumusan definisi operasional Nilai RB tahun 2025 masih mengacu pada Surat Kepala Biro Organisasi dan SDM Kementerian Kesehatan Nomor PR.01.01/A.IV/436/2024 tanggal 12 Januari 2024 hal Penyampaian DO dan Cara Perhitungan Indikator Reformasi Birokrasi (RB), yaitu:

- DO: Nilai Reformasi Birokrasi di Kemenkes adalah hasil penilaian Kementerian PANRB atas pelaksanaan RB General dan RB Tematik di lingkungan Kementerian Kesehatan.
- Cara Penilaian: menggunakan hasil penilaian Kementerian PANRB.
- Target Tahun 2025 adalah 90,01.

2) Cara Perhitungan

Cara Perhitungan Nilai RB yang diperoleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mengikuti nilai indeks RB Kementerian Kesehatan. Perhitungan secara spesifik terhadap pelaksanaan RB Tematik di Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mengacu pada indikator dari Sasaran Tematik Roadmap RB, yaitu Jumlah Kabupaten/ Kota dengan RS Kelas D yang ditingkatkan menjadi Kelas C.

3) Rencana Aksi Yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

3) Target.

Kementerian Kesehatan menargetkan untuk nilai Reformasi Birokrasi sebesar 90,01 di tahun 2025. Secara spesifik target RB Tematik yang ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, yaitu pada tahun 2025 sebanyak 32 rumah sakit dan tahun 2026 sebanyak 34 rumah sakit.

4) Strategi Pelaksanaan

Strategi yang dilakukan untuk mencapai target, antara lain: menetapkan lokus dan memetakan rumah sakit yang akan dilakukan peningkatan RSUD kelas D atau D Pratama menjadi kelas C.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Untuk tahun 2025, beberapa hal yang telah dilakukan untuk pencapaian target adalah sebagai berikut:

- 6) Menyelaraskan seluruh rencana aksi dengan pedoman evaluasi yang diterbitkan oleh leading institution;
- 7) Menyusun kegiatan implementasi berdasarkan rencana aksi dengan melibatkan seluruh unit yang terkait;
- 8) Berkoordinasi dengan pemerintah daerah dan sektor terkait antara lain :
 - Untuk menyediakan lahan yang cukup, sudah bersertifikat atau tidak memiliki masalah khususnya untuk lokus-lokus yang sudah ditetapkan.
 - Membantu proses perizinan mulai dari AMDAL, persetujuan bangunan gedung, sertifikat laik fungsi, perizinan rumah sakit menjadi Tipe C.
 - Bagi daerah yang mengusulkan relokasi RSUD untuk dapat menyediakan anggaran pematangan lahan.
 - Penyediaan infrastruktur untuk peningkatan kelas C dan memastikan ketersediaan utilitas kota (jalan akses, drainase kota, listrik, jaringan komunikasi, ketersediaan air bersih).
 - Mengupayakan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan sebagai rumah sakit kelas C.

5) Pencapaian Kinerja

Capaian RB Tematik yang diperoleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan berdasarkan indikator yang sudah ditetapkan, yaitu:

- 7) 17 Lokus telah dilakukan groundbreaking

Tabel III. 1 Tabel Lokus telah dilakukan Groundbreaking
Ditjen Pelayanan Kesehatan

No	Lokus	Keterangan
1	RSUD Reda Bolo, Kab. Sumba Barat Daya	17 Jan 2025
2	RSUD Borong, Kab. Manggarai Timur	1 Feb 2025
3	RSUD Akhmad Berahim, Kab. Tana Tidung	21 Feb 2025
4	RSUD Kab Bengkulu Tengah	5 Mar 2025
5	RSUD Pongtiku, Kab. Toraja Utara	7 Mar 2025
6	RSUD Bobong, Kab. Pulau Taliabu	8 Mar 2025
7	RSUD Maba, Kab. Halmahera Timur	9 Mar 2025
8	RSUD Tarempa, Kab. Kepulauan Anambas	22 Mar 2025
9	RSUD Tafaeri, Kab. Nias Utara	22 Mar 2025
10	RSUD KH. Muhammad Thohir KRUI, Kab. Pesisir Barat	8 Mei 2025

No	Lokus	Keterangan
11	RSUD Kab. Kubu Raya	16 Apr 2025
12	RSUD Kab. Buton Tengah	2 Mei 2025
13	RSUD Kab. Kolaka Timur	3 Mei 2025
14	RSUD Konawe Kepulauan	3 Mei 2025
15	RSUD Kab. Raja Ampat	16 Mei 2025
16	RSUD Kota Bima	28 Mei
17	RSUD Kab. Buton Utara	20 Juni

8) 5 Lokus sudah terjadwal pembiayaan melalui DAK.

Tabel III. 2 Tabel Lokus yang terjadwal pembiayaan melalui DAK
Ditjen Pelayanan Kesehatan

No	Lokus	Keterangan
1	RSUD Kwaingga, Keerom, Papua	4 Juli 2025
2	RSUD Bolaang Mongondow Selatan, Sulawesi Utara	Juli 2025
3	RSUD Sanana, Kep. Sula, Maluku Utara	17 Juli 2025
4	RSUD Namlea, Kab. Buru, Maluku	17 Juli 2025
5	RSUD Nias Barat, Sumatera Utara	1 Agustus 2025

9) 10 rumah sakit sudah menyelesaikan *basic design*.

Tabel III. 3 Tabel rumah sakit sudah menyelesaikan basic design
Ditjen Pelayanan Kesehatan

No	Lokus
1	RS Umum Daerah Maren H. Noho Renuat Kota Tual
2	RS Umum Daerah dr. Salim Alkatiri. Kab. Buru Selatan
3	RS Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Kab. Kep.Aru
4	RS Umum Daerah Muara Dua Kab. Ogan Komering Ulu Selatan
5	RS Umum Daerah Muara Dua Kab. Ogan Komering Ulu Selatan
6	RS Umum Daerah Rumah Rodo Fabo, Kab. Waropen
7	RS Umum Daerah Kab. Bolaang Mongondow Utara
8	RS Umum Daerah Rupit, Kab. Musi Rawas Utara
9	RS Umum Daerah Kabupaten Muna Barat
10	RS Umum Daerah Kondosapata, Kab. Mamasa

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Terkait sasaran RB Tematik dengan indikator sasaran Jumlah Kabupaten/ Kota dengan RS Kelas D yang ditingkatkan menjadi Kelas C, diharapkan akan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan Kesehatan kepada masyarakat melalui penambahan ruang OK, rawat jalan, rawat inap, ruang intensif sehingga kapasitas rumah sakit akan bertambah luas.

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja semester I tahun ini

Penilaian RB di tahun 2025 menggunakan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 9 Tahun 2023 tentang Evaluasi RB dan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 739 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Evaluasi RB Tahun 2023. Perubahan mendasar dari pedoman tersebut adalah penekanan pada RB berdampak dan kolaboratif.

Tabel III. 4 Target Realisasi dan Capaian Kinerja Nilai Reformasi Birokrasi Semester I

No.	Indikator	Target 2025		Capaian	
		Renstra	PK	Semester I	%
1	Nilai Reformasi Birokrasi di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	-	90,01	-	-

Target Nilai Reformasi Birokrasi di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan untuk tahun 2025 adalah 90,01, masih mengikuti target tahun 2024 karena masih menunggu penetapan Renstra Kementerian Tahun 2025-2029. Penilaian secara mandiri pun belum dapat dilakukan karena masih menunggu hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Inspektorat Jenderal terhadap pelaksanaan RB di Kementerian Kesehatan.

8) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian semester I tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Tabel III. 5 Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja Tahun Lampau sampai dengan Semester I Tahun 2025

No	Indikator Target	2023		2024		Semester I 2025	
		Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
1	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	34	35,43	85	91,76	90,01	91,76

Hasil capaian RB semester I tahun 2025 masih mengikuti hasil penilaian RB tahun 2024 yaitu 91,76.

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2029).

Karena Rencana Strategis (RENSTRA) Kementerian tahun 2025–2029 belum ditetapkan, maka data perbandingan antara realisasi kinerja dan target jangka menengah belum tersedia.

Tabel III. 6 Perbandingan Ralisasi dan Capaian Kinerja Tahun ini dengan target jangka menengah

Indikator	Target	Capaian	Prosentase Capaian
Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	90,01	91,76	101,94%

Pada tahun 2024, indikator Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan tercapai, dimana capaiannya sebesar mencapai 91,76. Untuk target tahun 2025 belum diketahui karena Renstra Kementerian Kesehatan masih dalam proses penyusunan.

10) Permasalahan

Perubahan indikator pelaksanaan RB yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan berdampak pula terhadap perubahan target dan pelaksanaan kegiatan yang dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan. Namun Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan berkomitmen untuk melaksanakan Program Hasil Terbaik Cepat atau Quick Win Presiden yang memperkuat Sistem Kesehatan Nasional.

11) Pemecahan Masalah

Dengan adanya perubahan indikator pelaksanaan RB Tematik di Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, maka instrumen penilaian mandiri dan Rencana Aksi kegiatan dilakukan penyesuaian agar pelaksanaan RB dapat diukur tingkat keberhasilannya.

12) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencapaian indikator yaitu dilakukannya berbagai perbaikan kinerja dan juga pelaksanaan monitoring evaluasi di semua komponen penilaian. Hal ini dilakukan dengan melibatkan semua unit kerja penanggungjawab masing-masing indikator sesuai tugas dan fungsi unit organisasinya.

13) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya pelaksanaan RB di Direktorat Kesehatan Lanjutan terlihat dari 2 aspek, yaitu aspek alokasi anggaran dan aspek pemanfaatan sumber daya manusia. Adapun efisiensi dari aspek pemanfaatan sumber daya manusia dilakukan dengan kolaborasi antar unit kerja dalam mendukung indikator RB di Direktorat Kesehatan Lanjutan.

14) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian kinerja.

Dalam menunjang keberhasilan pelaksanaan RB, disusun rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target dari pelaksanaan RB di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yang selaras dengan rencana strategis Kementerian Kesehatan.

o. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

1) Definisi Operasional

Besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi SMART Kementerian Keuangan yang diformulasikan dari :

- 4) Aspek Implementasi yang memperhitungkan realisasi anggaran, konsistensi antara RPD dan RPK Efisiensi dan capaian keluaran yang ditargetkan di dalam RKA KL secara tahunan;
- 5) Aspek Manfaat yang memperhitungkan pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), Indikator Sasaran Program/Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang ditarget dalam Renja K/L, Renstra K/L secara tahunan;
- 6) Aspek Konteks yang memperhitungkan relevansi, kejelasan, keterukuran informasi kinerja dengan dinamika masalah yang coba dipecahkan melalui intervensi program.

2) Cara Perhitungan

Nilai Agregat dari nilai aspek implementasi (terdiri nilai realisasi, konsistensi, efisiensi, pencapaian keluaran dan kesesuaian RPKRPD), aspek manfaat dan aspek konteks menggunakan aplikasi SMART Kemenkeu.

3) Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

3) Target

Pada tahun 2025, karena renstra kemenkes belum ditetapkan, sehingga sesuai dengan arahan pimpinan, maka target nilai kinerja penganggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mengikuti target nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan yaitu sebesar 80,1. mengikuti target nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan.

4) Strategi Pelaksanaan

Untuk mencapai target nilai kinerja penganggaran yang ditetapkan sebesar 80,1, maka Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan Menyusun rencana aksi sebagai berikut :

- (d) Menyusun dan menyesuaikan Rencana Penarikan Dana (RPD) dengan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) sehingga RPD dan RPK selaras (konsisten).
- (e) Melakukan revisi informasi kinerja sesuai dengan pelaksanaan kegiatan.
- (f) Melakukan monitoring terhadap capaian Indikator Kinerja baik tingkat satker maupun tingkat organisasi.

- (g) Menggunakan RO dengan Standar Biaya Keluaran Umum (SBKU) sesuai dengan apa yang diamanatkan oleh Peraturan Menteri Keuangan

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Untuk mencapai target yang telah ditetapkan Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan melakukan upaya sebagai berikut :

- 3) Melakukan Desk terhadap capaian rincian output satker secara berkala;
- 4) Memberikan feedback kepada satuan kerja atas hasil capaiannya.

5) Pencapaian Kinerja

Pada semester I tahun 2025 capaian nilai kinerja penganggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan sebesar 49.53

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan Semester I tahun 2025 adalah sebesar 49.53, hal ini belum sesuai dengan target yang telah ditetapkan, hal ini disebabkan karena pada semester I tahun 2025 belum semua kegiatan dilaksanakan khususnya untuk belanja modal yang mempunyai anggaran cukup besar

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja semester I tahun ini

Jika dibandingkan dengan target nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan maka presentase capaian adalah sebagai berikut :

Tabel III. 7 Perbandingan target dan Realisasi Kinerja Tahun 2024

No.	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	92	80.1	88.41	64%

8) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian semester I tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Tabel III. 8 Perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja Tahun 2024 dengan 2 tahun sebelumnya

No	Indikator Target	Capaian		Semester I 2025	
		2022	2023	Target	Capaian
1	Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	89.23	88.41	80.1	64%

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2029)

Tabel III. 9 Perbandingan antara realisasi kinerja sampai dengan tahun 2024 dengan target jangka menengah

Indikator	Target 2024	Capaian Semester I 2025	Prosentase capaian 2024
Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	80.1	49.53	64%

10) Permasalahan

Permasalahan yang menjadi kendala dalam pencapaian target nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan adalah sebagai berikut :

- 5) Penerapan SBKU oleh kementerian keuangan di semester I tahun 2025, dimana belum semua satker menggunakan SBKU dalam penyusunan anggaran tahun 2025;
- 6) Belum semua kegiatan khususnya belanja modal dilaksanakan
- 7) Indikator Kinerja Program belum diinput capaiannya dalam monev Kemenkeu karena masih berupa hasil sementara (IKP menggunakan target tahunan)

11) Pemecahan Masalah

Berdasarkan hasil evaluasi capaian nilai kinerja penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2024, untuk mencapai target tahun 2025 maka Ditjen Pelayanan Kesehatan perlu melakukan hal sebagai berikut :

- 5) Melakukan akselerasi pelaksanaan kegiatan dan melakukan refocusing terhadap kegiatan-kegiatan yang berpotensi tidak terlaksana;
- 6) Melakukan revisi informasi kinerja sesuai dengan kondisi pelaksanaan kegiatan yang berjalan;
- 7) Mendorong satker untuk melakukan monitoring pelaksanaan kegiatan secara berkala dan melakukan perubahan-perubahan baik strategi maupun prioritas kegiatan yang akan dilaksanakan;
- 8) Mendorong pengampu indikator kinerja program yang belum tercapai pada tahun 2024 untuk melakukan perubahan dan percepatan strategi pelaksanaan kegiatan yang mendukung tercapainya indikator kinerja program tersebut.

12) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

Faktor yang mempengaruhi dalam keberhasilan pencapaian target nilai kinerja penganggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan pada semester I tahun 2025 adalah monitoring dan evaluasi secara berkala yang dilakukan terpadu antara Satker, Unit Utama dan Biro Perencanaan Anggaran, sehingga dapat terpetakan permasalahan dan rencana tindak lanjutnya.

13) Efisiensi Sumber Daya

Berdasarkan realisasi anggaran dan capaian realisasi kinerja untuk Indikator Kinerja tersebut tahun 2024 didapatkan Efisiensi sebagai berikut :

Tabel III. 10 Nilai Efisiensi untuk Indikator Kinerja

Berdasarkan realisasi anggaran dan capaian realisasi kinerja Tahun 2024

No	Indikator Kinerja	Target Indikator 2024	Capaian Indikator 2024	% Kinerja IKK	Alokasi Anggaran (Rupiah)	Realisasi Anggaran	% Kinerja Anggaran	Efisiensi
-1	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	(10 = (4-7))
1	1) Nilai Kinerja Penganggaran	80.1	88.41	110%	Rp 1,104,354,000	Rp 1,096,347,061	99%	11.10%

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

Berdasarkan hasil evaluasi capaian Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan bahwa realisasi anggaran, konsistensi RPD, capaian rincian output satker dan capaian Indikator Kinerja Program sangat berdampak pada penurunan nilai kinerja eselon I Ditjen Pelayanan Kesehatan, untuk itu monitoring dan evaluasi perlu dilakukan secara berkala dan segera dilakukan perubahan strategi maupun metode pelaksanaan kegiatan yang mendukung langsung sehingga rincian output dan indikator kinerja yang telah ditetapkan dapat tercapai, demikian juga dengan realisasi anggaran dan konsistensi RPD dapat di akselerasi dan disesuaikan dengan refokusing untuk kegiatan yang lebih prioritas serta mampu laksana.

p. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

1) Definisi Operasional

Besarnya nilai Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan diperoleh dari aplikasi OMSPAN Kementerian Keuangan. Nilai ini menghitung nilai nominal realisasi anggaran Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yang telah disahkan pada aplikasi OMSPAN dibandingkan dengan total pagu belanja pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan .

2) Cara Perhitungan

Jumlah realisasi anggaran dibagi total pagu belanja pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan berdasarkan data dari aplikasi OMSPAN dikali 100%.

$$\frac{\text{Nilai realisasi anggaran pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan}}{\text{Total pagu belanja pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan}} \times 100\%$$

3) Rencana Aksi Yang Dilakukan Untuk Mencapai Target

(1) Target

Pada tahun 2025, telah ditetapkan bahwa target realisasi anggaran Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan adalah sebesar 95%.

(2) Strategi Pelaksanaan

Dalam rangka mencapai target realisasi sebesar 95% berdasarkan data dari aplikasi OMSPAN, maka dilakukan kegiatan berupa :

(a) Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran per bulan pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan . Kegiatan ini dilaksanakan dengan melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran pada setiap tim kerja di Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan . Selain itu, dalam hal dibutuhkan percepatan realisasi, monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran dapat dilaksanakan pada setiap pekan. Monitoring dan evaluasi realisasi anggaran dilaksanakan atas setiap:

- Jenis belanja (belanja pegawai, belanja barang, dan belanja modal);
- Kegiatan (Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan);
- Sumber dana (Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, dan Hibah Luar Negeri);

(b) Pertemuan evaluasi pelaksanaan anggaran bersama Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan tim kerja di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan setiap triwulan, serta bersama Biro Keuangan setiap bulan.

4) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Berikut adalah upaya-upaya yang dilakukan untuk mencapai target realisasi anggaran TA 2025 sebesar 95% :

(1) Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran per bulan pada Kesehatan setiap tim kerja di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan . Selain itu, dalam hal dibutuhkan

percepatan realisasi, monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran dapat dilaksanakan pada setiap pekan. Monitoring dan evaluasi dilaksanakan atas setiap :

- Jenis belanja (belanja pegawai, belanja barang, dan belanja modal);
- Kegiatan (Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan);
- Sumber dana (Rupiah Murni & Pinjaman Luar Negeri);

(2) Strategi Pelaksanaan

Melaksanakan pertemuan evaluasi pelaksanaan anggaran bersama tim kerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan setiap triwulan.

(3) Dilakukan evaluasi pelaksanaan anggaran dengan Direktorat Pelaksanaan Anggaran Kementerian Keuangan serta Biro Keuangan dan BMN Kementerian Kesehatan. Pada tahun 2025, kegiatan ini telah dilaksanakan 2 kali yaitu pada triwulan I, triwulan II,.

5) Pencapaian Kinerja

Realisasi anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun Anggaran 2025 semester I mencapai sebesar Rp11.732.230.378.589,- atau 36.83% dari total pagu Rp 31.850.958.627.000,- dengan rincian sebagai berikut :

Tabel III. 16 Realisasi Anggaran
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
Tahun Anggaran 2024 per 31 Juli 2025

No	Jenis Kewenangan	Alokasi	Realisasi	%	Outstanding Kontrak (OK)	Realisasi + OK	%
1	Kantor Pusat	7.975.129.300.000	674.441.962.776	8,46%	1.735.797.969.574	2.410.239.932.350	30,22%
2	Kantor Daerah	23.875.829.327.000	11.057.788.415.813	46,31%	568.901.292.950	11.626.689.708.763	48,70%
Total		31.850.958.627.000	11.732.230.378.589	36,83%	2.304.699.262.524	14.036.929.641.113	44,07%

a. Kegiatan Pembinaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan

- 1) Pengadaan peralatan Kesehatan dan pendukungnya untuk Rumah Sakit (SIHREN)

Telah terdapat outstanding kontrak Alkes MRI dan Cathlab senilai Rp212.618.093.480 (14,71%). Saat ini masih dalam proses distribusi Alkes ke RS.

- 2) Pembangunan Peningkatan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC Bidang Kesehatan) – Tahap I

Alokasi ini digunakan untuk peningkatan kualitas 10 RS Kab/kota dari tipe C menjadi tipe D dimana saat ini masih dalam proses pembangunan. Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp1.461.306.106.524 (98,07%).

- 3) Pembangunan Peningkatan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC Bidang Kesehatan) – Tahap II

Alokasi ini digunakan untuk peningkatan kualitas 10 RS Kab/kota dari tipe C menjadi tipe D dimana saat ini masih dalam proses pengadaan.

- 4) Pembangunan dan Pengembangan RS UPT Vertikal Riau

Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp220.254.462.149 (68,48%)

- 5) Pemenuhan Peralatan Penunjang dan Peralatan Kesehatan RSUPT Riau

Alokasi ini digunakan untuk mendukung pemenuhan peralatan atas pembangunan RS UPT Vertikal Riau. Saat ini pagu masih terblokir karena RS masih dalam tahap pembangunan.

- 6) Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Makassar (IsDB) (rujukan)

Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp186.621.101.000 (82,55%)

- 7) Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Vertikal Surabaya

Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp181.385.416.000 (80,24%)

- 8) Pembangunan dan Pengembangan Gedung GeneBank Indonesia

Atas pembangunan dan pengembangan Gedung genebank telah terdapat outstanding kontrak. Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp8.078.259.666 (60,24%).

- 9) Bantuan Operasional RS Kapal (Pemenuhan PHTC bidang Kesehatan)

Alokasi ini digunakan untuk pemenuhan PHTC bidang kesehatan berupa Pengadaan Alkes, BMHP, dan BBM untuk RS Kapal.

- 10) Pembayaran penggantian pajak dan biaya lainnya atas hibah luar negeri

Merupakan alokasi untuk pembayaran pajak atas hibah gedung dan alkes dari UEA.

b. Kegiatan Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan

Terdapat alokasi senilai Rp96.000.000.000 yang berasal dari pinjaman luar negeri pada program SIHREN yang digunakan untuk Pengampunan Layanan Jantung-Stroke-Uronefrologi-KIA, Registry Layanan JSU KIA, serta Pelatihan Layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak. Selain itu juga terdapat Alokasi dari ABT BUN untuk Pembayaran Tunggalan Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Covid-19 dimana DIPA terbit pada tanggal 11 Juli 2025

c. Kegiatan Pembinaan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan

Terdapat alokasi untuk program penyelenggaraan Rumah Sakit Penyelenggara Pendidikan Utama sebagai Penyelenggaraan Program PPDS yang sudah berkontrak dimana Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp19.853.754.838 (94,08%).

d. Kegiatan Pembinaan Pelayanan Kesehatan Primer

Belum terdapat Realisasi. Anggaran masih ditahan sehubungan dengan adanya perubahan struktur organisasi sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

e. Kegiatan Pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

Kegiatan pelayanan kesehatan dan JKN baru dapat dilaksanakan mulai bulan April 2025 sehubungan dengan adanya perubahan struktur organisasi sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

f. Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan

1) Kegiatan Setditjen Keslan

Merupakan kegiatan dukungan manajemen pada tim kerja di lingkup Setditjen Keslan di mana telah terealisasi sebesar Rp 3.735.548.970 atau sebesar 30,55% dari pagu efektif senilai Rp19.228.176.000.

2) Kegiatan Operasional dan Pemeliharaan Kantor

Kegiatan telah terealisasi sebesar Rp 10.522.723.972 atau sebesar 34,25% dari pagu efektif senilai Rp 12.228.176.000.

3) Terdapat alokasi senilai Rp44.966.603.000 yang digunakan untuk operasional RS baru yaitu pada RSUP IKN, RSUP Papua, RSUP Riau, RSUP Surabaya, dan RSUP Makassar.

4) *Strengthening of National Referral Hospital and Technical Unit (1031)*

Realisasi ditambah outstanding kontrak pada Penyelenggaraan PMU *Strengthening of National Referral Hospitals and Vertical Technical Units* telah mencapai sebesar Rp16.148.577.452(44,20%)

5) *Strengthening of National Referral Hospital on Oncology Center (1054)*

Realisasi ditambah outstanding kontrak pada Penyelenggaraan PMU Pada Strengtening of National Refferal Hospitals on Oncology Center telah mencapai Rp12.955.419.874 (67,25%)

6) Kegiatan Adum di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Merupakan kegiatan dukungan manajemen pada masing-masing Direktorat di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, di mana telah terealisasi sebesar Rp1.172.225.740 (37,22%).

6) Analisa Pencapaian Kinerja

Tabel III. 17 Realisasi per Jenis Sumber Dana

No	KANTOR DAERAH	Pagu Awal	Pagu Blokir	Pagu Setelah Blokir	Realisasi	%
A	RUPIAH MURNI	4.026.227.384	112.008.811	3.914.218.573	1.984.088.547	50,69%
1	Belanja Pegawai	3.010.573.608	-	3.010.573.608	1.814.994.418	60,29%
2	Belanja Barang	423.245.336	37.692.756.000	385.552.580	143.129.528	37,12%
3	Belanja Modal	592.408.440	74.316.055	518.092.385	25.964.600	5,01%
B	PNBP/BLU	16.682.559.517	478.434.116	16.204.125.401	8.044.956.149	49,65%
1	Belanja Barang	15.290.063.293	268.951.799	15.021.111.494	7.872.816.560	52,41%
2	Belanja Modal	1.392.496.224	209.482.317	1.183.013.907	172.139.588	14,55%
C	PINJAMAN LUAR NEGERI	1.224.724.976	1.500.000	1.223.224.976	533.296.046	43,60%
1	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	646.970.000	1.500.000	645.470.000	496.508.781	76,92%
2	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	577.754.976	-	577.754.976	36.787.264	6,37%
D	SALDO AWAL BLU	1.942.317.450	-	1.942.317.450	495.447.023	25,51%
TOTAL KANTOR DAERAH		23.875.829.327	591.942.927	23.283.886.400	11.057.787.765	47,49%

a. Sumber Dana Rupiah Murni

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana Rupiah Murni Kantor Daerah sebesar **Rp1.984.088.547.022 (50,69%)** dari

alokasi pagu efektif sebesar Rp3.914.218.573.000. Adapun rincian belanja sumber dana rupiah murni kantor daerah sebagai berikut:

- 1) Belanja pegawai, telah berjalan sesuai rencana yang telah ditetapkan (*on track*). Selain itu, masih terdapat kekurangan pagu belanja pegawai pada mayoritas rumah sakit vertikal.
- 2) Belanja Barang, terdapat outstanding kontrak senilai Rp 61.364.939.978. Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp204.494.467.985 (48,32%).
- 3) Belanja Modal, terdapat outstanding kontrak senilai Rp47.940.179.977. Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp73.904.780.103 (12,48%).

b. Sumber Dana PNB/BLU

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana PNB/BLU Kantor Daerah sebesar Rp8.044.956.149.361 (49,65%) dari alokasi pagu efektif sebesar Rp16.204.125.401.000.

c. Sumber Dana Pinjaman Luar Negeri

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana PNB/BLU Kantor Daerah sebesar Rp533.296.046.185 (43,60%) dari alokasi pagu efektif sebesar Rp1.223.224.976.000.

d. Sumber Dana Saldo Awal BLU

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana Saldo Awal BLU Kantor Daerah sebesar Rp 495.447.023.245 atau sebesar 25,51% dari pagu sebesar Rp 1.942.317.450.000.

7) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja semester I tahun ini

Tabel III. 18 Pencapaian Target Kinerja Tahun Anggaran 2024

Indikator	Target 2024	Realisasi Tahun 2024
Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	95%	38.76%

Pencapaian target kinerja semester I Tahun Anggaran 2025 tercapai sebesar 38.76% dari target sebesar 95%.

8) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian semester I tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Berikut telampir Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun Anggaran 2023-2024 :

Tabel III. 19 Persentase Realisasi Anggaran
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
Tahun Anggaran 2023-2025

TAHUN	PAGU	REALISASI	%
2023	27.890.542	25.853.355	92.70
2024	32.842.122	29.371.332	89.43
2025 Semester 1	31.850.958	11.732.230	36.83

(dalam ribuan)

Pada tahun 2025 Semester I, Realisasi belanja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sampai dengan 31 Juli 2025 terealisasi sebesar Rp 11.732.230 (36.83%) dari total pagu Rp 31.850.958

9) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2029).

Indikator direktif menteri atas Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan tidak terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi.

10) Permasalahan

Terdapat efisiensi belanja sesuai Instruksi Presiden no 1 tahun 2025 dan Surat Edaran Sekretaris Jenderal tentang Strategi Pengendalian Belanja Dalam Rangka Efisiensi Anggaran Kementerian Kesehatan TA 2025, sehingga terdapat penyesuaian dalam pelaksanaan tupoksi dan pelaksanaan anggaran. Pada alokasi pinjaman luar negeri, masih terdapat pengadaan yang masih belum selesai dilaksanakan diantaranya berupa:

- *Equipment Consultant*, masih menunggu rekomendasi persetujuan dari Lender IsDB atas waiver shortlist peserta tender;
- *Emergency Preparedness*, menunggu rekomendasi persetujuan dari Lender IsDB atas shortlist peserta tender;
- *ICT for Strengthening Hospital Institutions*, dalam proses review dokumen pemilihan penyedia antara PPK dan Pokja Pengadaan Barang dan Jasa.

11) Pemecahan Masalah

Project Management Unit memastikan penyelesaian pengadaan dengan memperhatikan waktu pelaksanaan kontrak kontrak s.d. Desember 2025.

12) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan

Nilai persentase realisasi anggaran tahun 2025 (17,72%) masih jauh dari ketercapaian target sebesar 96%. Hal tersebut terjadi karena hal-hal sebagai berikut:

- (1) Adanya Inpres 1 tahun 2025 yaitu Instruksi Presiden tentang efisiensi belanja dalam pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) serta Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Tahun Anggaran 2025. Instruksi ini diterbitkan untuk mengoptimalkan penggunaan anggaran di berbagai sektor. Pelaksanaan kegiatan pada triwulan I sempat dihentikan untuk sementara, untuk dilakukan penyesuaian alokasi belanja dan pelaksanaan kegiatan.
- (2) Adanya Surat Edaran Sekretaris Jenderal tentang Strategi Pengendalian Belanja Dalam Rangka Efisiensi Anggaran Kementerian Kesehatan TA 2025, sehingga terdapat penyesuaian dalam pelaksanaan tupoksi dan pelaksanaan anggaran.

Alternatif solusi yang telah dilakukan:

- Monitoring Penyerapan Realisasi Anggaran dan progress kegiatan tahun 2025 secara rutin per bulan;
- Melakukan percepatan dan pengawalan atas Belanja Penting pada Ditjen Kesehatan Lanjutan.

13) Efisiensi Sumber Daya

Berikut data realisasi anggaran dan capaian realisasi kinerja untuk Indikator Kinerja tersebut untuk tahun 2025:

Tabel III. 20 Realisasi dan Persentase Anggaran
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

2024			2025 (Semester I)		
Pagu	Realisasi	%	Pagu	Realisasi	%
32.842.122	29.371.332	88,19	31.850.958	11.732.230	36.83

*Pagu total diluar pagu blokir efisiensi

(dalam ribuan)

14) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian

Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:

- (1) Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan per bulan.
- (2) Melaksanakan Evaluasi atas Pelaksanaan Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan setiap triwulan.

B. Indikator Antara yang Menjadi Pendorong Tercapainya Indikator Utama Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan juga memiliki beberapa indikator antara yang menjadi pendorong tercapainya indikator utama. Adapun indikator utama tercantum dalam perjanjian kinerja antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Menteri Kesehatan, sedangkan indikator antara tercantum dalam perjanjian kinerja antara pejabat eselon II di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Tabel 3.6 Gambaran secara umum capaian

No	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
A.	Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan				
1	Pembangunan puskesmas di setiap kecamatan	171	171	161	94
2	Jumlah kecamatan yang memiliki puskesmas sesuai standar	7230	7230	7235	100,06
3	Jumlah provinsi yang Sarana, Prasarana, dan Alkes (SPA) di Rumah Sakit wilayahnya memenuhi standar untuk melakukan pelayanan 9 penyakit prioritas	34	34	24	70,5
4	Jumlah RS UPT Vertikal yang dibangun baru dan dikembangkan untuk mendukung pelayanan 9 penyakit prioritas	4	4	4	100

5	Persentase fasyankes rujukan yang melakukan pengujian dan kalibrasi alat kesehatan	100	100	72	72
6	Persentase penggunaan alat kesehatan dalam negeri di 34 RS vertikal	75	75	79,15	105,53
B. Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer					
1	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP swasta	100	100	100	100
C. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan					
No	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Presentase rumah sakit yang diampu dalam jejaring pengampuan yang melaporkan audit medis pada 9 layanan prioritas setiap tahun *(III.E.1)	100	100	97	97
2	Presentase rumah sakit vertikal yang melaporkan audit medis pada 9 layanan prioritas setiap 6 bulan *(III.E.1)	100	100	100	100
3	Persentase fasyankes rujukan di seluruh provinsi yang ditingkatkan dari RS strata madya ke strata utama *(III.F.1)	100	100	13	13
4	Jumlah RS yang dengan kompetensi strata 4 pada 9 penyakit prioritas *(III.H.1)	60	60	50	83
5	Jumlah provinsi yang memiliki RS yang diampu dalam penyelenggaraan pelayanan 9 penyakit prioritas nasional (Jantung, Kanker, DM-ginjal-hati, Stroke/Otak, KIA, TB, Penyakit Infeksi) *(III.H.1)	34	34	34	100
D. Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan					
1	Persentase puskesmas terakreditasi *(III.B.1)	100	100	98,13	98,13
2	Persentase klinik pratama terakreditasi *(III.B.1)	100	100	87,49	87,49

3	Persentase Tempat Praktik Mandiri Dokter/Drg (TMPD) yang melakukan pengukuran INM (Indikator Nasional Mutu) pelayanan kesehatan	100	100	75,26	75,26
4	Persentase RS yang terakreditasi	100	100	100	100
5	Persentase laboratorium kesehatan yang terakreditasi	100	100	89,99	89,99
6	Persentase UTD yang terakreditasi	100	100	59,13	59,13
7	Persentase fasyankes rujukan yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan kesehatan	100	100	85,15	85,15
No	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
8	Persentase fasyankes rujukan yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di fasyankes rujukan	100	100	75,36	75,36
E.	Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan				
1	Persentase RS BLU yang kinerja pelayanan dan keuangannya baik	100	100	79	79
2	Jumlah RS Pendidikan yang berjejaring dalam program Academic Health System (AHS)	140	140	113	80,71
3	Jumlah RS yang mengembangkan program kerja sama dengan Luar Negeri (LN)	300	300	75	25
4	Jumlah hWGS yang dapat dihasilkan sebagai peta genome	6000	6000	6700	111,66
5	Persentase Hubs BGSi yang melakukan kegiatan pengembangan layanan berbasis genomic	100	100	100	100
F.	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Program				
1	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	90,01	90,01	90.11	100,1
2	Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	80,1	80,1	88,41	110,37

3	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan	95	95	95,64	100,67
4	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	96	96	89,4	93,12

C. Realisasi Anggaran

Realisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun Anggaran 2025 sampai dengan tanggal 31 Juli 2025 tercapai sebesar Rp11.732.230.378.589,- (36,83%) dari total pagu Rp31.850.958.627.000. Jika ditambahkan outstanding kontrak sebesar Rp2.304.699.262.524,- maka realisasi akan tercapai sebesar Rp14.036.929.641.113 (44,07%). Outstanding kontrak adalah nilai belanja yang telah dikontrakkan namun belum dilakukan pembayaran. Adapun rincian realisasi per jenis kewenangan adalah sebagai berikut:

Tabel 3.7 Alokasi dan Realisasi Anggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan per 31 Juli 2025 Berdasarkan Kewenangan

No	Jenis Kewenangan	Alokasi	Realisasi	%	Outstanding Kontrak (OK)	Realisasi + OK	%
1	Kantor Pusat	7.975.129.300.000	674.441.962.776	8,46%	1.735.797.969.574	2.410.239.932.350	30,22%
2	Kantor Daerah	23.875.829.327.000	11.057.788.415.813	46,31%	568.901.292.950	11.626.689.708.763	48,70%
Total		31.850.958.627.000	11.732.230.378.589	36,83%	2.304.699.262.524	14.036.929.641.113	44,07%

Sumber data: OM SPAN per 31 Juli 2025

1. Realisasi Kantor Pusat

Terhadap capaian realisasi pada Kantor Pusat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, rincian realisasi terdiri dari:

Tabel 3.8 Rincian Alokasi dan Realisasi Anggaran pada Kantor Pusat

Ditjen Kesehatan Lanjutan per 31 Juli 2025

(dalam ribuan rupiah)

No	KANTOR PUSAT	Pagu Awal	Pagu Blokir	Pagu Setelah Blokir	Realisasi	%
A	Pembinaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	6.336.090.175	1.877.145.506	4.458.944.669	611.892.860	13,72%
1	Pengadaan peralatan Kesehatan dan pendukungnya untuk Rumah	2.866.154.473	1.420.434.202	1.445.720.271	5.055.664	0,35%

No	KANTOR PUSAT	Pagu Awal	Pagu Blokir	Pagu Setelah Blokir	Realisasi	%
	Sakit (SIHREN) (LR - 11)					
2	Pembangunan Peningkatan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC Bidang Kesehatan) - Tahap I	1.693.677.100	203.677.100	1.490.000.000	367.444.012	24,66%
3	Pembangunan Peningkatan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC Bidang Kesehatan) - Tahap III	760.000.000	107.011.150	652.988.850	-	0,00%
4	Pembangunan dan Pengembangan RS UPT Vertikal Riau	346.073.813	24.425.489	321.648.324	34.147.281	10,62%
5	Pemenuhan Peralatan Penunjang dan Peralatan Kesehatan RSUPT Riau	8.449.841	8.449.841	-	-	0,00%
6	Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Makassar (IsDB) (rujukan)	226.059.198	287	226.058.911	29.731.625	13,15%
7	Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Vertikal Surabaya	226.054.999	-	226.054.999	142.686.616	63,12%
8	Pembangunan dan Pengembangan Gedung GeneBank Indonesia	75.314.850	61.904.000	13.410.850	1.589.751	11,85%
9	Bantuan Operasional RS Kapal (Pemenuhan PHTC bidang Kesehatan)	85.322.900	42.661.449	42.661.451	-	0,00%
10	Pembayaran penggantian pajak dan biaya lainnya atas hibah luar negeri (LR-12)	27.316.673	0	27.316.673	27.316.671	100%
11	Kegiatan atau tupoksi lain	11.073.928	7.356.628	3.717.300	1.209.213	32,53%
12	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	10.592.400	1.225.360	9.367.040	2.712.025	28,95%
B	Pembinaan Pelayanan	1.348.523.171	5.558.303	1.342.964.868	3.460.861	0,26%

No	KANTOR PUSAT	Pagu Awal	Pagu Blokir	Pagu Setelah Blokir	Realisasi	%
	Kesehatan Rujukan					
1	Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Covid-19	1.233.764.616	-	1.233.764.616	-	0,00%
2	Pengampunan Layanan Jantung-Stroke-Uronefrologi-KIA (SIHREN)	25.802.052	-	25.802.052	662.475.755	2,57%
3	Pembinaan Pengampunan Kanker (SIHREN)	27.498.425	-	27.498.425	-	0,00%
4	Pelatihan Layanan Jantung, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak (SIHREN)	22.197.948	-	22.197.948	84.845	0,38%
5	Pelatihan Layanan Kanker (SIHREN)	20.501.575	-	20.501.575	-	0,00%
6	Kegiatan atau tupoksi lain	8.648.812	4.765.662	3.883.150	259.777	6,69%
7	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	10.109.743	792.641	9.317.102	2.453.763.	26,34%
C	Pembinaan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan	45.332.060	11.809.900	33.522.160	10.733.727	32,02%
1	Rumah Sakit Penyelenggara Pendidikan Utama sebagai Penyelenggaraan Program PPDS	21.103.600	655.760	20.447.840	5.637.903	27,57%
2	Kegiatan atau tupoksi lain	13.627.960	9.627.960	4.000.000	444.312	11,11%
3	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	10.600.500	1.526.180	9.074.320	4.651.511	51,26%
D	Pembinaan Pelayanan Kesehatan Primer	17.566.210	4.273.678	13.292.532	-	0,00%
1	Kegiatan atau tupoksi lain	7.306.210	3.336.618	3.969.592	-	0,00%
2	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	10.260.000	937.060	9.322.940	-	0,00%
E	Pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	23.796.891	10.238.104	13.558.787	3.191.158	23,54%
1	Kegiatan atau tupoksi lain	13.435.731	6.830.524	6.605.207	192.394	2,91%
2	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	10.361.160	3.407.580	6.953.580	2.998.763	43,13%

No	KANTOR PUSAT	Pagu Awal	Pagu Blokir	Pagu Setelah Blokir	Realisasi	%
F	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan	203.820.793	58.344.248	145.476.545	45.146.535	31,03%
1	Kegiatan Setditjen Yankes	22.395.781	10.167.605	12.228.176	3.735.549	30,55%
2	Operasional dan Pemeliharaan Kantor Ditjen Keslan	37.401.476	5.978.766	31.422.710	18.323.826	58,31%
3	Operasional RSUP IKN	31.718.755	31.718.755	-	-	0,00%
4	Operasional RSUP Papua	8.007.516	7.010.940	996.576	673.538	67,59%
5	Operasional RSUP Riau	1.240.332	1.240.332	-	-	0,00%
6	Operasional RSUP Surabaya	2.000.000	-	2.000.000	-	0,00%
7	Operasional RSUP Makassar	2.000.000	-	2.000.000	-	0,00%
8	IsDB IDN-1031	36.535.928	-	36.535.928	4.874.723	13,34%
9	IsDB IDN-1054	19.265.186	-	19.265.186	9.100.439	47,24%
10	Dukman SIHREN	38.470.045	591.600	37.878.445	7.290.239	19,25%
11	Fasyankes Rujukan	1.240.209	425.613	814.596	365.602	44,88%
12	TKPKR	888.567	243.426	645.141	198.350	30,75%
13	MPKR	887.821	278.732	609.089	176.361	28,95%
14	PKP	882.520	366.658	515.862	268.050	51,96%
15	PKR	886.657	321.821	564.836	163.859	29,01%
	TOTAL KANTOR PUSAT	7.975.129.300	1.967.369.739	6.007.759.561	674.441.962	11,23%

Sumber data: OM SPAN per 31 Juli 2025

g. Kegiatan Pembinaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan

- 11) Pengadaan peralatan Kesehatan dan pendukungnya untuk Rumah Sakit (SIHREN)

Telah terdapat outstanding kontrak Alkes MRI dan Cathlab senilai Rp212.618.093.480 (14,71%). Saat ini masih dalam proses distribusi Alkes ke RS.

- 12) Pembangunan Peningkatan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC Bidang Kesehatan) – Tahap I

Alokasi ini digunakan untuk peningkatan kualitas 10 RS Kab/kota dari tipe C menjadi tipe D dimana saat ini masih dalam proses pembangunan. Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp1.461.306.106.524 (98,07%).

- 13) Pembangunan Peningkatan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC Bidang Kesehatan) – Tahap II

Alokasi ini digunakan untuk peningkatan kualitas 10 RS Kab/kota dari tipe C menjadi tipe D dimana saat ini masih dalam proses pengadaan.

- 14) Pembangunan dan Pengembangan RS UPT Vertikal Riau

Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp220.254.462.149 (68,48%)

- 15) Pemenuhan Peralatan Penunjang dan Peralatan Kesehatan RSUPT Riau
Alokasi ini digunakan untuk mendukung pemenuhan peralatan atas pembangunan RS UPT Vertikal Riau. Saat ini pagu masih terblokir karena RS masih dalam tahap pembangunan.
- 16) Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Makassar (IsDB) (rujukan)
Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp186.621.101.000 (82,55%)
- 17) Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Vertikal Surabaya
Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp181.385.416.000 (80,24%)
- 18) Pembangunan dan Pengembangan Gedung GeneBank Indonesia
Atas pembangunan dan pengembangan Gedung genebank telah terdapat outstanding kontrak. Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp8.078.259.666 (60,24%).
- 19) Bantuan Operasional RS Kapal (Pemenuhan PHTC bidang Kesehatan)
Alokasi ini digunakan untuk pemenuhan PHTC bidang kesehatan berupa Pengadaan Alkes, BMHP, dan BBM untuk RS Kapal.
- 20) Pembayaran penggantian pajak dan biaya lainnya atas hibah luar negeri
Merupakan alokasi untuk pembayaran pajak atas hibah gedung dan alkes dari UEA.

h. Kegiatan Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan

Terdapat alokasi senilai Rp96.000.000.000 yang berasal dari pinjaman luar negeri pada program SIHREN yang digunakan untuk Pengampunan Layanan Jantung-Stroke-Uronefrologi-KIA, Registry Layanan JSU KIA, serta Pelatihan Layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak. Selain itu juga terdapat Alokasi dari ABT BUN untuk Pembayaran Tunggakan Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Covid-19 dimana DIPA terbit pada tanggal 11 Juli 2025

i. Kegiatan Pembinaan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan

Terdapat alokasi untuk program penyelenggaraan Rumah Sakit Penyelenggara Pendidikan Utama sebagai Penyelenggaraan Program PPDS yang sudah berkontrak dimana Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp19.853.754.838 (94,08%).

j. Kegiatan Pembinaan Pelayanan Kesehatan Primer

Belum terdapat Realisasi. Anggaran masih ditahan sehubungan dengan adanya perubahan struktur organisasi sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

k. Kegiatan Pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan

Kegiatan pelayanan kesehatan dan JKN baru dapat dilaksanakan mulai bulan April 2025 sehubungan dengan adanya perubahan struktur organisasi sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

l. Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan

Lanjutan

- 7) Kegiatan Setditjen Keslan
Merupakan kegiatan dukungan manajemen pada tim kerja di lingkup Setditjen Keslan di mana telah terealisasi sebesar Rp 3.735.548.970 atau sebesar 30,55% dari pagu efektif senilai Rp19.228.176.000.
- 8) Kegiatan Operasional dan Pemeliharaan Kantor
Kegiatan telah terealisasi sebesar Rp 10.522.723.972 atau sebesar 34,25% dari pagu efektif senilai Rp 12.228.176.000.
- 9) Terdapat alokasi senilai Rp44.966.603.000 yang digunakan untuk operasional RS baru yaitu pada RSUP IKN, RSUP Papua, RSUP Riau, RSUP Surabaya, dan RSUP Makassar.
- 10) *Strengthening of National Referral Hospital and Technical Unit (1031)*
Realisasi ditambah outstanding kontrak pada Penyelenggaraan PMU *Strengthening of National Referral Hospitals and Vertical Technical Units* telah mencapai sebesar Rp16.148.577.452(44,20%)
- 11) *Strengthening of National Referral Hospital on Oncology Center (1054)*
Realisasi ditambah outstanding kontrak pada Penyelenggaraan PMU Pada Strengtening of National Referral Hospitals on Oncology Center telah mencapai Rp12.955.419.874 (67,25%)
- 12) Kegiatan Adum di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
Merupakan kegiatan dukungan manajemen pada masing-masing Direktorat di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, di mana telah terealisasi sebesar Rp1.172.225.740 (37,22%).

2. Realisasi Kantor Daerah

Berikut adalah rincian realisasi anggaran pada Kantor Daerah Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan:

Tabel 3.9 Rincian Alokasi dan Realisasi Anggaran pada Kantor Daerah Ditjen Kesehatan Lanjutan per 31 Juli 2025

(dalam ribuan rupiah)

No	KANTOR DAERAH	Pagu Awal	Pagu Blokir	Pagu Setelah Blokir	Realisasi	%
A	RUPIAH MURNI	4.026.227.384	112.008.811	3.914.218.573	1.984.088.547	50,69%
1	Belanja Pegawai	3.010.573.608	-	3.010.573.608	1.814.994.418	60,29%
2	Belanja Barang	423.245.336	37.692.756.000	385.552.580	143.129.528	37,12%
3	Belanja Modal	592.408.440	74.316.055	518.092.385	25.964.600	5,01%
B	PNBP/BLU	16.682.559.517	478.434.116	16.204.125.401	8.044.956.149	49,65%
1	Belanja Barang	15.290.063.293	268.951.799	15.021.111.494	7.872.816.560	52,41%
2	Belanja Modal	1.392.496.224	209.482.317	1.183.013.907	172.139.588	14,55%
C	PINJAMAN LUAR NEGERI	1.224.724.976	1.500.000	1.223.224.976	533.296.046	43,60%
1	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	646.970.000	1.500.000	645.470.000	496.508.781	76,92%
2	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	577.754.976	-	577.754.976	36.787.264	6,37%
D	SALDO AWAL BLU	1.942.317.450	-	1.942.317.450	495.447.023	25,51%
TOTAL KANTOR DAERAH		23.875.829.327	591.942.927	23.283.886.400	11.057.787.765	47,49%

Sumber data: OM SPAN per 31 Juli 2025

e. Sumber Dana Rupiah Murni

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana Rupiah Murni Kantor Daerah sebesar **Rp1.984.088.547.022 (50,69%)** dari alokasi pagu efektif sebesar Rp3.914.218.573.000. Adapun rincian belanja sumber dana rupiah murni kantor daerah sebagai berikut:

- 4) Belanja pegawai, telah berjalan sesuai rencana yang telah ditetapkan (*on track*). Selain itu, masih terdapat kekurangan pagu belanja pegawai pada mayoritas rumah sakit vertikal.
- 5) Belanja Barang, terdapat outstanding kontrak senilai Rp 61.364.939.978. Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp204.494.467.985 (48,32%).
- 6) Belanja Modal, terdapat outstanding kontrak senilai Rp47.940.179.977. Realisasi ditambah outstanding kontrak menjadi Rp73.904.780.103 (12,48%).

f. Sumber Dana PNB/BLU

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana PNB/BLU Kantor Daerah sebesar Rp8.044.956.149.361 (49,65%) dari alokasi pagu efektif sebesar Rp16.204.125.401.000.

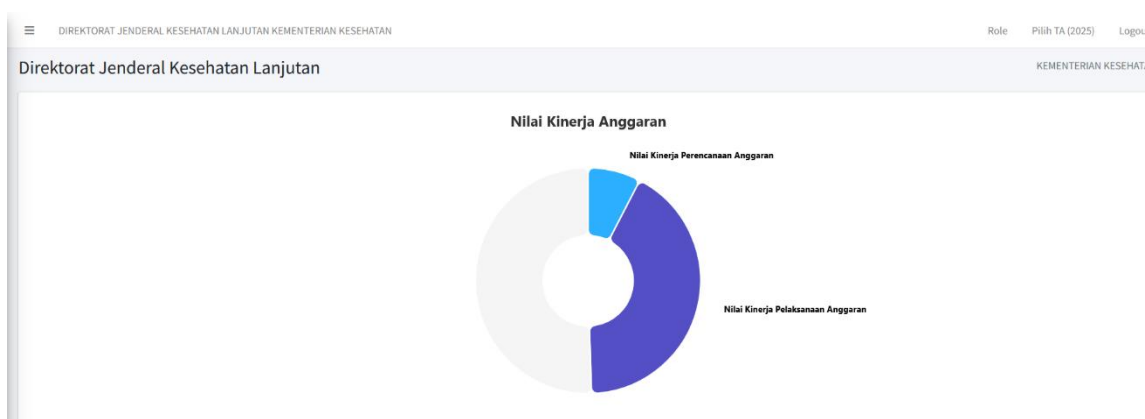
g. Sumber Dana Pinjaman Luar Negeri

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana PNB/BLU Kantor Daerah sebesar Rp533.296.046.185 (43,60%) dari alokasi pagu efektif sebesar Rp1.223.224.976.000.

h. Sumber Dana Saldo Awal BLU

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana Saldo Awal BLU Kantor Daerah sebesar Rp 495.447.023.245 atau sebesar 25,51% dari pagu sebesar Rp 1.942.317.450.000.

D. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan



Gambar 3.18 Capaian Nilai Kinerja Ditjen Kesehatan Lanjutan pada SMART e-Monev DJA Kemenkeu

Berdasarkan data eMonev DJA sampai dengan tanggal 31 Juli 2025, secara umum, Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan pada semester I tahun 2025 adalah 49.53%. Data Rincian Realisasi Anggaran lebih lengkap dapat dilihat dalam lampiran laporan kinerja ini.

E. Sumber Daya Lainnya

1. Sumber Daya Manusia

Organisasi adalah sebuah wadah untuk sekumpulan orang yang bekerja sama secara rasional serta sistematis yang dipimpin atau terkendali untuk mencapai tujuan tertentu memanfaatkan sumber daya yang ada di dalamnya. Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mempunyai 57 satuan kerja yang terdiri dari 6 satuan kerja di kantor pusat dan 43 satuan kerja di UPT Vertikal.

Aparatur Sipil Negara yang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, sampai dengan Juli 2025 berjumlah sebanyak 39.113 orang yang terdistribusi di kantor pusat sebesar 1,10 % dan sebesar 98,90% di UPT Vertikal.

Tabel 3.21 Distribusi Pegawai Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Per Juli 2025
Berdasarkan Jabatan

No	Nama Satuan Organisasi	Jabatan						Jumlah
		Struktural				Fungsional	Pelaksana	
		Es I	Es II	Es III	Es IV			
1	Kantor Pusat	1	6	0	6	313	103	429
2	UPT Vertikal	0	0	1	2	33817	4864	38684
TOTAL		1	6	1	8	34130	4967	39113

Sumber : Data SIMKA PNS Juli 2025

Berdasarkan tabel di atas, maka komposisi ASN per jenis jabatan di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan terdapat 16 pejabat struktural, atau 0.04% dari seluruh ASN yang ada. Hal ini merupakan dampak dari reformasi birokrasi dimana salah satu programnya adalah pemangkasan birokrasi/delayering jabatan struktural. Selain itu Ditjen Pelayanan Kesehatan sampai bulan Juli 2025 memiliki 12.07% pegawai dengan jabatan pelaksana dan 87.26% dengan jabatan fungsional, dengan jumlah terbanyak di UPT Vertikal sebesar 86.46%.

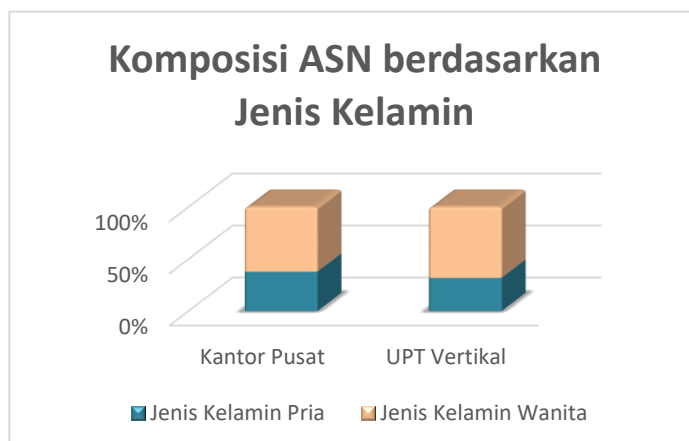
Jumlah ASN dengan jabatan fungsional ini tiap tahun mengalami penurunan selama 3 tahun terakhir, dari sebelumnya 6.662 orang (18.38%) di tahun 2023 dan 8.793 orang (27.32%) di tahun 2022. Hal ini sejalan dengan kebijakan Kementerian PANRB untuk mendorong ASN sebagai SDM unggul dan profesional. Jumlah jabatan pelaksana ke depan akan

semakin berkurang seiring perubahan jabatan ASN menjadi pejabat fungsional melalui mekanisme pengangkatan pertama, alih jabatan, penyesuaian/inpassing, dan promosi. Pejabat pelaksana perlu diberikan motivasi untuk menjadi pejabat fungsional sesuai dengan kompetensi dan peta jabatan yang tersedia dalam satuan kerjanya. Dengan telah berakhirnya pelaksanaan inpassing nasional pada bulan April 2021, maka pejabat pelaksana diarahkan menjadi pejabat fungsional melalui alih jabatan.

Tabel 3.22 Perbandingan Pegawai Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Juli 2025
Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Nama Satuan Organisasi	Jenis Kelamin		Jumlah
		Pria	Wanita	
1	Kantor Pusat	162	267	429
2	UPT Vertikal	12322	26362	38684
TOTAL		12484	26629	39113

Sumber : Data SIMKA Juli 2025



Berdasarkan tabel di atas di atas, maka menunjukkan bahwa pegawai Ditjen Pelayanan Kesehatan didominasi oleh pegawai wanita sebesar 68.08% (26.629 orang), dua kali lipat dibandingkan jumlah pegawai pria yaitu sebesar 31.92% (12.484 orang). Hal ini juga terlihat dari komposisi per jenis kelamin baik di kantor pusat maupun UPT Vertikal.

Tabel 3.23 Distribusi Pegawai Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Per Juli Tahun 2025
Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Nama Satuan Organisasi	Pendidikan												Jml h
		S3	S2	Spesia lis 1/2/A V	S1	D IV	D III	Akade mi	D II	D I	SM A	SM P	SD	
1	Kantor Pusat	3	134	2	236	4	42	1	0	0	7	0	0	429
2	UPT Vertikal	310	2039	2802	13181	1257	15418	1053	2	48	2387	155	32	38684

	Total	313	2173	2804	1341 7	126 1	1546 0	1054	2	48	239 4	155	32	391 13

Sumber : Data SIMKA Juli 2025

Berdasarkan tabel diatas maka tingkat pendidikan pegawai Ditjen Pelayanan Kesehatan sangat bervariasi mulai dari SD sampai dengan S3. Adapun pegawai dengan pendidikan di bawah DIII sebesar 6.73% atau 2.631 orang, dengan distribusi di kantor pusat sebesar 7 orang dan 2.624 orang di UPT Vertikal. Jumlah pegawai dengan pendidikan di bawah DIII sudah mengalami penurunan dibanding tahun sebelumnya, yaitu sebesar 10.9% (3.508 pegawai).

Mengingat masih banyak pegawai dengan pendidikan di bawah DIII, maka perlu diadakan peningkatan kompetensi dengan melalui pendidikan melalui tugas belajar. Dalam upaya peningkatan kompetensi ini terdapat beberapa kendala salah satunya adalah usia para PNS tersebut yang sudah mendekati batas usia pensiun, sehingga para pegawai ini tidak dapat lagi ditingkatkan kompetensinya.

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Pengelolaan Barang Milik Negara Ditjen Pelayanan Kesehatan selama periode 1 Januari s/d Juli 2025, dapat dilaporkan dalam bentuk Intrakomtable, Ekstrakomtable, Gabungan Intrakomtable dan Ekstrakomtable, Aset Tak Berwujud dan Konstruksi Dalam Pengerjaan, rincian lebih lanjut terdapat di dalam table pada lampiran.

F. Prestasi dan Inovasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

1. Inovasi : Pengembangan Aplikasi KRIS

a. Dasar Regulasi dan Kebijakan



- UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Pasal 23 ayat (4) mengamanatkan adanya kelas pelayanan rumah sakit berdasarkan kelas standar.
- Perpres Nomor 64 Tahun 2020 dan PP Nomor 47 Tahun 2021 menegaskan penerapan rawat inap kelas standar di seluruh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- Perpres Nomor 59 Tahun 2024 mengatur kriteria fasilitas ruang rawat inap standar dan menetapkan penerapan KRIS paling lambat 30 Juni 2025.

b. Kebutuhan Standarisasi Layanan

- Selama ini, layanan rawat inap di RS terbagi dalam beberapa kelas (I, II, III) yang menimbulkan kesenjangan layanan.
- KRIS hadir untuk menegaskan prinsip ekuitas (kesetaraan) bagi seluruh peserta JKN, sehingga setiap pasien mendapatkan pelayanan rawat inap dengan standar minimal yang sama.
- Standarisasi ini juga menjaga mutu dan keselamatan pasien.

c. Tantangan Implementasi di Lapangan

- Variasi kondisi infrastruktur dan fasilitas antar rumah sakit menimbulkan perbedaan dalam pemenuhan 12 kriteria KRIS (tempat tidur, nurse call, outlet oksigen, kamar mandi aksesibel, tirai partisi, dll.).

Kriteria Fasilitas Ruang Perawatan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)



- Diperlukan monitoring dan evaluasi berkala untuk memastikan progres implementasi KRIS di setiap rumah sakit.

4. Urgensi Sistem Pelaporan Terintegrasi

- Dengan jumlah RS di Indonesia mencapai lebih dari 3.000, dibutuhkan sistem pelaporan digital yang cepat, akurat, dan transparan.

- Aplikasi RS Online dikembangkan sebagai platform untuk:
 - Menginput data tempat tidur per kamar.
 - Melakukan survei penerapan KRIS.
 - Memfasilitasi validasi berjenjang oleh Dinkes Kab/Kota, Provinsi, hingga Kemenkes.

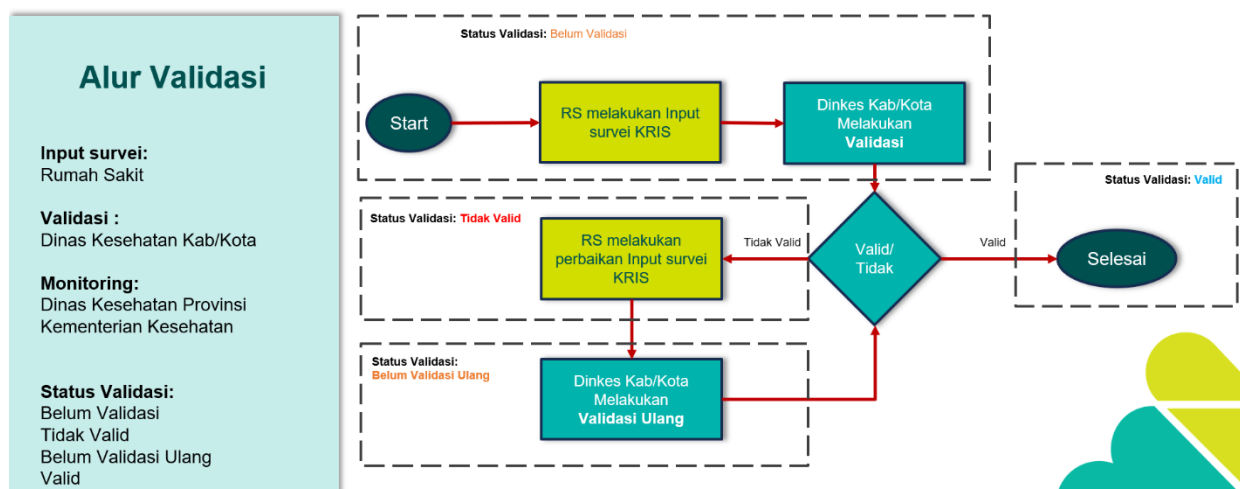
Manfaat:

a. Efisiensi Pelaporan

- RS tidak perlu lagi menggunakan dokumen manual untuk survei dan pelaporan, karena semua dapat dilakukan melalui aplikasi.
- Proses lebih cepat dengan menu “Tambah Data” dan “Edit Tempat Tidur” yang fleksibel.

No	Nama RS	Provinsi	Kab/Kota	Kecamatan	Kelas	Total Tempat Tidur Berdasarkan SK Rumah Sakit	Total Kamar Pemenuhan Kelas I	Total Tempat Tidur Pemenuhan Kelas I	Total Kamar Pemenuhan Kelas II	Total Tempat Tidur Pemenuhan Kelas II	Total Kamar Pemenuhan Kelas III	Total Tempat Tidur Pemenuhan Kelas III	Total Tempat Tidur Pemenuhan Kelas I, II, III	Total Tempat Tidur Pemenuhan VIP dan UP	Total Tempat Tidur Ruang Pemenuhan Intensif
45	ITS Tirta	Jawa Timur	Kota Bandung	Kecamatan Lela	2	42	3	12	5	32	2	4	25	8	7

b. Monitoring dan Validasi

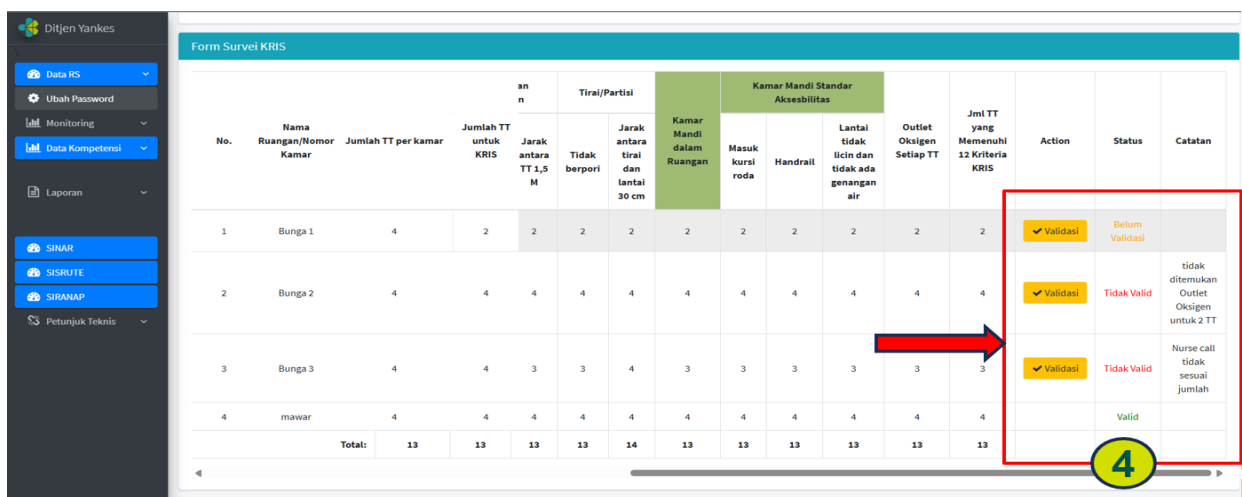


- Validasi dilakukan oleh Dinkes Kab/Kota
- Monitoring Dinkes Provinsi & Kemenkes.

- Status validasi (Valid, Tidak Valid, Belum Validasi) memudahkan tracking data yang masih perlu perbaikan.
- Memperkuat akuntabilitas karena setiap perubahan memiliki jejak validasi.

c. Peningkatan Transparansi dan Akuntabilitas

- Semua pihak (RS, Dinkes, Kemenkes) dapat mengakses dan memantau perkembangan implementasi KRIS.
- Sistem menyediakan **status validasi real-time**, sehingga meminimalkan manipulasi data.
- Memastikan implementasi KRIS sesuai dengan 12 kriteria standar.



No.	Nama Ruangan/Nomor Kamar	Jumlah TT per kamar	Jumlah TT untuk KRIS	Jarak antara TT 1,5 M	Tidak berpori	Tirai/Partisi	Kamar Mandi dalam Ruangan	Kamar Mandi Standar Aksesibilitas	Masuk kursi roda	Handrail	Lantai tidak licin dan tidak ada genangan air	Outlet Oksigen Setiap TT	Jml TT yang Memenuhi 12 Kriteria KRIS	Action	Status	Catatan
1	Bunga 1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Validasi	Belum Validasi	
2	Bunga 2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	Validasi	Tidak Valid	tidak ditemukan Outlet Oksigen untuk 2 TT
3	Bunga 3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	Validasi	Tidak Valid	Nurse call tidak sesuai jumlah
4	mawar	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		Valid	
Total:		13	13	13	13	14	13	13	13	13	13	13	13			

d. Perencanaan dan Pengambilan Keputusan

- Data agregat nasional terkait **jumlah TT yang sudah memenuhi KRIS** dapat segera diperoleh.
- Membantu Kemenkes dalam menyusun kebijakan intervensi percepatan implementasi KRIS.
- RS dapat melakukan evaluasi internal terhadap capaian dan kekurangan dalam penerapan standar.

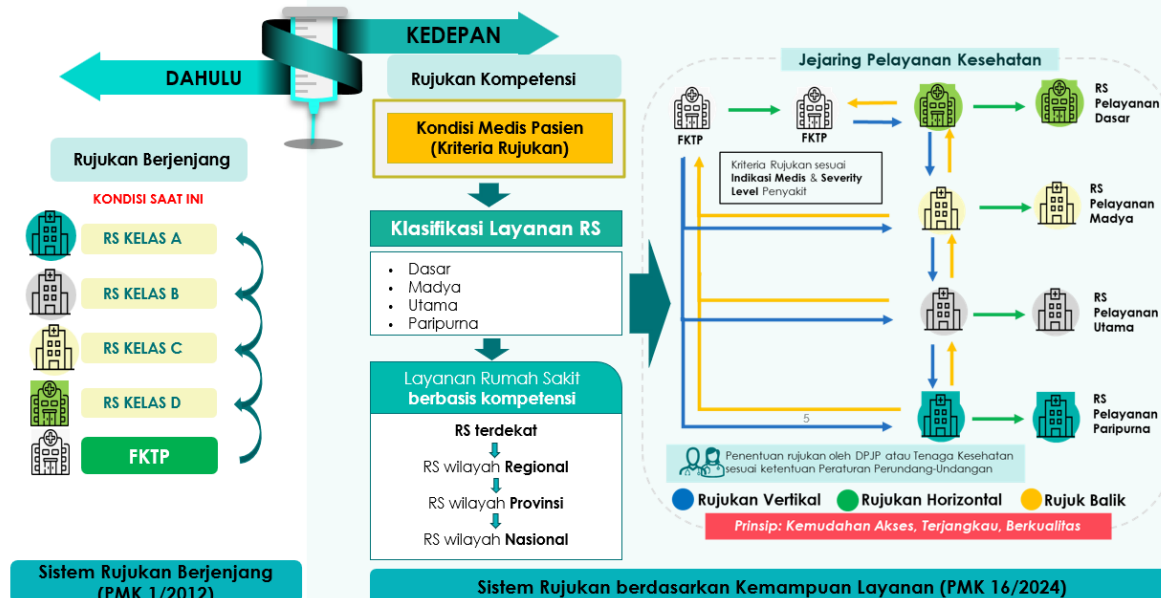
e. Kesimpulan

Pengembangan aplikasi **RS Online dalam pelaporan KRIS** memberikan manfaat signifikan berupa akurasi data, efisiensi pelaporan, validasi berjenjang, transparansi, serta dukungan dalam pengambilan keputusan. Dengan digitalisasi ini, implementasi KRIS dapat dipantau secara real-time dan lebih akuntabel.

2. Inovasi : Pengembangan Aplikasi RS Online Kompetensi RS

KEBIJAKAN PENYELENGGARAAN RUMAH SAKIT

PERUBAHAN SISTEM RUJUKAN DARI BERJENJANG BERDASARKAN KELAS RS MENJADI BERDASARKAN KEMAMPUAN LAYANAN (Perubahan Klasifikasi RS)



a. Amanah Regulasi

- o Perubahan konsep penyelenggaraan rumah sakit sesuai **UU Nomor 17 Tahun 2023** dan **PP Nomor 28 Tahun 2024** menekankan bahwa klasifikasi RS tidak lagi berbasis kelas (A, B, C, D), melainkan **berdasarkan kemampuan layanan (kompetensi)**.
- o Peraturan baru ini membutuhkan sistem data terintegrasi yang mampu memetakan kompetensi layanan rumah sakit secara nasional.

b. Kebutuhan Pemetaan Kompetensi RS

- o Rumah sakit harus dipetakan berdasarkan **24 kelompok layanan**, meliputi layanan prioritas seperti jantung, saraf, onkologi, trauma, ibu dan anak, hingga rehabilitasi.
- o Pemetaan dilakukan berdasarkan ketersediaan **SDM, sarana prasarana, dan peralatan kesehatan** yang menunjang kompetensi layanan.

Klasifikasi Rumah Sakit Dipetakan Berdasar Kemampuan Pelayanan pada 24 Kelompok Layanan

Dipetakan berdasarkan Ketersediaan SDM, Sarpras, dan Alkes yang dibutuhkan untuk pelayanan sesuai stratanya

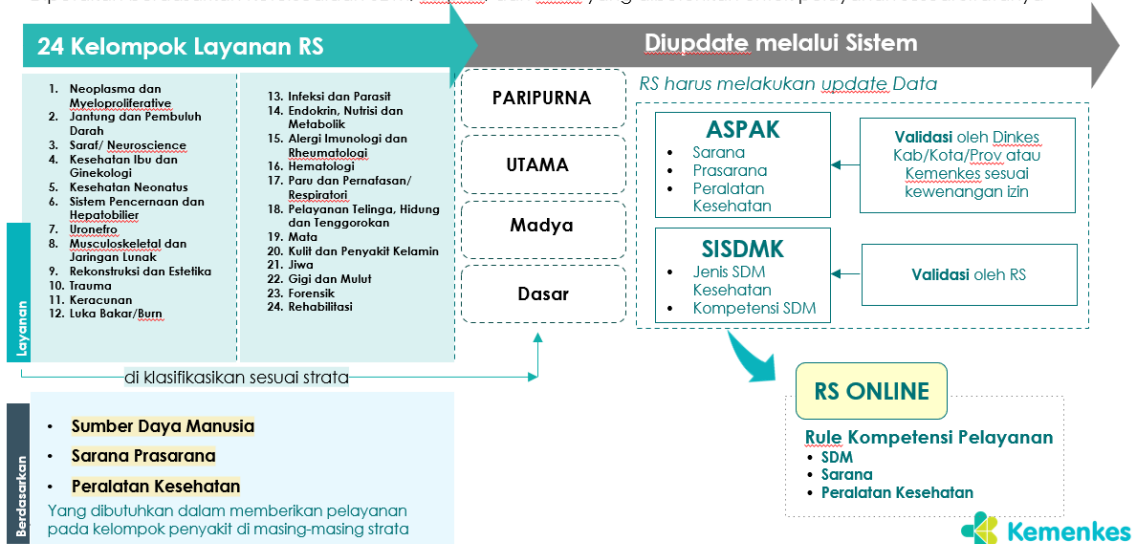


c. Urgensi Integrasi Data Kesehatan

- Sebelumnya, data RS tersebar dalam berbagai aplikasi:
 - ASPAK** → Data sarana, prasarana, alat kesehatan.
 - SISDMK** → Data sumber daya manusia kesehatan.
 - RS Online** → Data profil dan layanan rumah sakit.
- Diperlukan **sinkronisasi** seluruh data tersebut dalam **RS Online** untuk menghasilkan gambaran yang komprehensif terkait klasifikasi rumah sakit.

Klasifikasi Rumah Sakit Dipetakan Berdasar Kemampuan Pelayanan pada 24 Kelompok Layanan

Dipetakan berdasarkan Ketersediaan SDM, Sarpras, dan Alkes yang dibutuhkan untuk pelayanan sesuai stratanya



d. Transformasi Sistem Rujukan

- Sistem rujukan yang dahulu berbasis kelas RS kini diarahkan pada **rujukan berbasis kompetensi** dan tingkat keparahan pasien.

- Agar sistem rujukan berbasis kompetensi berjalan efektif, diperlukan database RS yang **up-to-date**, akurat, dan mudah diakses melalui RS Online.

Analisa Manfaat Pengembangan Aplikasi RS Online

1. Meningkatkan Validitas Data Rumah Sakit

- RS Online menjadi pusat integrasi data dari ASPAK dan SISDMK.
- Memastikan data sarana, prasarana, alat kesehatan, dan SDM tervalidasi dan mutakhir.

2. Memperkuat Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi

- Data kompetensi layanan RS dapat dipakai untuk menentukan tujuan rujukan yang tepat berdasarkan **diagnosis, kondisi klinis, dan tingkat keparahan pasien**.
- Mengurangi overload pada RS tertentu, karena rujukan diarahkan ke RS yang memang memiliki kompetensi layanan terkait.

3. Mendorong Transparansi dan Akuntabilitas

- Publikasi data layanan unggulan RS memperkuat **transparansi layanan kesehatan**.
- RS terdorong untuk melakukan **benchmark** terhadap RS yang telah memenuhi standar kompetensi.

4. Mendukung Transformasi Digital Kesehatan

- RS Online adalah bagian dari 6 pilar transformasi kesehatan yang dicanangkan Kemenkes.

Dengan data real-time, sistem ini memperkuat **big data Kesehatan Nasional** yang digunakan untuk monitoring dan evaluasi pelayanan rumah sakit.

BAB IV

PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) disusun sebagai pelaksanaan akuntabilitas kinerja Ditjen Pelayanan Kesehatan serta sebagai wujud pertanggungjawaban kinerja Ditjen Kesehatan Lanjutan kepada Menteri Kesehatan. Berdasarkan hasil pengukuran kinerja dari sasaran dan kegiatan Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2024 secara umum berhasil mencapai target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja antara Menteri Kesehatan dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tetapi ada 4 indikator yang belum tercapai yaitu

- a. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar
- b. Persentase FKTP terakreditasi
- c. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4
- d. Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain:

- a. Porsi anggaran DAK untuk pemenuhan Alat Kesehatan terbatas
- b. Belum terealisasi pemenuhan alkes SIHREN sehubungan masih berproses di PBJ dimana Proses pengadaan di PBJ yang mengikuti mekanisme internasional membutuhkan waktu yang cukup lama.
- c. Ketersediaan SDM menjadi kendala untuk prioritas pemenuhan Alat Kesehatan
- d. Tingkat kepatuhan dan keaktifan RS dalam pengisian ASPAK masih belum optimal, terutama dalam melakukan updating data.
- e. Isian data ASPAK menjadi syarat dalam pengusulan anggaran DAK, sehingga kelengkapan RS yang masih di bawah 60% perlu dilakukan evaluasi lebih mendalam untuk memastikan kebenaran datanya.
- f. Perubahan kelas RS (naik kelas) bila tidak segera dilakukan updating data SPA-nya, maka akan mengakibatkan penurunan nilai kumulasi SPA. Selain itu penurunan nilai kumulasi SPA dapat diakibatkan juga karena perubahan kondisi SPA dari baik menjadi rusak.
- g. petugas ASPAK laboratorium Kesehatan pemerintah belum melakukan pengisian ASPAK secara baik dan benar.
- h. Waktu pelaksanaan survei akreditasi pada tahun 2023 ini sangat terbatas. Survey baru dapat dilakukan pada Mei 2023 karena menunggu regulasi-regulasi pendukung seperti tarif, juknis survei dan penetapan lembaga.
- i. Jumlah surveyor masih kurang serta distribusi surveyor akreditasi FKTP belum merata di seluruh wilayah.

- j. Pelaksanaan Registrasi klinik belum optimal sehingga masih ada klinik yang tidak memiliki nomor register (kode fasyankes), sehingga tidak bisa mendaftar survey melalui aplikasi DFO, mengakses pelaporan INM, ASPAK dan SISDMK. Pelaporan pada aplikasi-aplikasi tersebut menjadi persyaratan akreditasi FKTP.
- k. Tidak tersedianya alokasi anggaran akreditasi FKTP pada sebagian Puskesmas yang tidak mendapatkan anggaran DAK NF. Sementara untuk klinik, tidak tersedia alokasi anggaran DAK Non Fisik untuk akreditasi
- l. Kurangnya motivasi untuk terakreditasi pada klinik yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Hal ini disebabkan tidak ada konsekuensi lain bagi klinik jika tidak terakreditasi selain diputus kontrak oleh BPJS Kesehatan.
- m. Bagi klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun kapitasi masih rendah, tidak memiliki anggaran untuk survei akreditasi.
- n. Bagi klinik swasta, komitmen dan dukungan pemilik klinik untuk pemenuhan standar akreditasi masih rendah.
- o. Kesiapan Puskesmas (SDM, Infrastruktur dan pemahaman tentang standar) untuk disurvei masih kurang sehingga menunda pelaksanaan survei.
- p. Kendala pada jaringan internet di beberapa daerah sehingga mempengaruhi pemanfaatan aplikasi terkait Akreditasi FKTP di daerah tersebut.
- q. Pada pertengahan tahun 2023, survei akreditasi sudah berproses, namun sebagian besar FKTP masih mengalami kendala proses dalam sistem informasi (SINAF & DFO).
- r. Produksi dokter spesialis yang terbatas mulai dari jumlah kuota penerimaan serta jumlah universitas penyelenggara
- s. Perencanaan dan komitmen yang kurang dari para manajemen rumah sakit untuk mengintegrasikan layanannya dengan program rumah sakit jejaring ini
- t. Kurang aktifnya Rumah sakit pengampu dalam melihat kondisi rumah sakit diampu dan melakukan kegiatan pengampuan
- u. Lamanya waktu proses review teknis, administratif dan birokrasi yang berlaku di pihak calon mitra kerja sama luar negeri, mempengaruhi waktu pencapaian output target kinerja. Umumnya membutuhkan waktu antara 3 bulan sampai 1 tahun.
- v. Ketersediaan anggaran di Rumah Sakit Vertikal untuk melaksanakan kerja sama dengan Rumah sakit luar negeri, dipengaruhi oleh:
- w. Status pengelolaan keuangan (BLU/ Non BLU), dan Pendapatan Rumah Sakit Vertikal. Rumah sakit vertikal yang secara finansial belum menunjukkan kinerja keuangan yang baik akan sulit untuk dapat mengembangkan layanan unggulannya melalui kerja sama luar negeri menggunakan dana BLU RS.
- x. Siapa yang menginisiasi kerja sama. Jika inisiasi berasal dari kebutuhan rumah sakit, maka umumnya rumah sakit telah membuat perencanaan anggaran untuk

implementasi kerja sama tersebut. Namun, jika kerja sama berasal dari penugasan Kementerian Kesehatan yang dilakukan di tahun anggaran berjalan, maka diperlukan waktu bagi rumah sakit untuk melakukan review terhadap alokasi anggaran dengan potensi jika terdapat sumber anggaran yang dimungkinkan untuk re-alokasi maka diperlukan waktu untuk melakukan revisi anggaran tersebut. Namun jika tidak ada, potensinya adalah dilaksanakan di tahun anggaran berikutnya, atau tidak dilaksanakan oleh RS.

Pencapaian pada tahun 2024 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 dengan mengedepankan profesionalisme di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Untuk itu perlu dikembangkan inovasi-inovasi program yang mendukung terhadap kebijakan Kementerian Kesehatan yang tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024, dengan melakukan inovasi diharapkan pencapaian indikator kinerja Ditjen Pelayanan Kesehatan yang ada pada Renstra Kemkes 2020-2024 dapat tercapai.

Selain melakukan inovasi, yang akan dilakukan adalah melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dengan mengoptimalkan sistem informasi yang saling terintegrasi baik di internal Kemkes maupun eksternal Kemkes, diharapkan dengan adanya Monitoring dan evaluasi terhadap capaian kinerja dapat menjadi acuan dalam menetapkan kebijakan untuk mencapai target kinerja.

Pada tahun 2025 indikator Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan terdapat 3 Indikator Sasaran Strategis, 13 indikator Kinerja Program dan 30 Indikator Kinerja Kegiatan, untuk capaian ada beberapa indikator yang masih sama sekali belum tercapai dan ada juga indikator yg sudah tercapai, dimana kebijakan berupa Renstra Kementerian Kesehatan masih dalam bentuk draft dan proses dibahas ditingkat kementerian/lembaga. Terdapat 3 indikator tahun 2025 tercapai yaitu:

1. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna sebesar 79,25% (target 38%)
2. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas sebesar 84,17% (target 84,17%)
3. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 91,76 (target 90,01%)

Terdapat 13 indikator tahun 2025 yang belum tercapai yaitu:

1. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1% sebesar 0% (Target 25%)

2. Persentase Faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar sebesar 26.74% (Target 45%)
3. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi sebesar 1,38 (Target 1,5)
4. Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas sebesar 0% (target 50)
5. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas sebesar 15,7% (target 25%)
6. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar 0% (target 10)
7. Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center sebesar 2,3% (target 10%)
8. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan sebesar 0 (target 77)
9. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi sebesar 2 layanan (target 4 layanan)
10. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional sebesar 6 RS (target 10 RS)
11. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP sebesar 0 CRU (target 3 CRU)
12. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 51.32 (target 80.1)
13. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 36,83 % (target 96 %)

Indikator yang belum tercapai karena masih dalam proses dalam pencapaian indikatornya dan periode waktunya baru semester 1 tahun 2025 belum sampai akhir tahun. Indikator yang belum tercapai tersebut terdapat masalah dan hambatan yang sudah dijelaskan terlampir di masing – masing penjelasan indikator pada bagian capaian kinerja organisasi.

LAMPIRAN 1 PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
Gambar L1.1 Perjanjian Kinerja Dirjen Yankes TA 2025



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

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

Nama : Azhar Jaya

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Budi G. Sadikin

Jabatan : Menteri Kesehatan

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.

Jakarta, Januari 2025

Pihak Kedua
Menteri Kesehatan,

Pihak Pertama
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

Budi G. Sadikin

Azhar Jaya

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

No.	Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
A. Sasaran Strategis (2)			
	Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer	Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar	100
Program: Pelayanan Kesehatan dan JKN			
1.	Meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat	Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar	100
B. Sasaran Strategis (3)			
	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta	1. Persentase FKTP terakreditasi 2. Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	100 80
2.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan primer	Persentase FKTP terakreditasi	100
3.	Meningkatnya peran fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dalam pelayanan program prioritas bagi masyarakat	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	80

No.	Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
C. Sasaran Strategis (4)			
	Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	100
4.	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	100
D. Sasaran Strategis (5)			
	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	< 2.5
5.	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	Persentase RS yang melaporkan audit medis pada 9 penyakit prioritas	100 (kum)

No.	Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
E.	Sasaran Strategis (6)		
	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain	Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	34 (kum)
6.	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	Persentase pasien WNI di 5 provinsi (Riau, Sumatera Utara, Aceh, Kepulauan Riau dan Kalimantan Barat) yang berobat ke luar negeri	2
7.	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	34 (kum)
		Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan	90 (kum)
8.	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4	Jumlah RS rujukan nasional sesuai standar	42
9.	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4	7
10.	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas	135 (kum)
11.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu	90 (kum)

No.	Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
F.	Sasaran Strategis (15)		
	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti		
12.	Tersedianya <i>Hubs</i> untuk mendukung pelayanan kesehatan terintegrasi	Persentase Pengembangan <i>Hubs Biomedical Genome-based Science Initiative</i>	100
G.	Sasaran Strategis (17)		
	Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik		
	Program Dukungan Manajemen		
13.	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	1. Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 3. Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	90.01 80.1 96

Program		Anggaran
1.	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 23.577.908.716.000
2.	Program Dukungan Manajemen	Rp. 3.143.768.837.000
Total Anggaran DIPA Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan		Rp. 26.721.677.553.000

Jakarta, Januari 2025

Pihak Kedua
Menteri Kesehatan,



Budi G. Sadikin

Pihak Pertama
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,



Azhar Jaya

LAMPIRAN 2 Rincian Realisasi Anggaran Lainnya

Tabel L2.1 Alokasi dan Realisasi Anggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan Tahun Anggaran 2025
per 31 Juli 2025 Berdasarkan Sumber Dana

NO	Sumber Dana	Alokasi	Realisasi	%
1	Rupiah Murni	8.492.816.855.000	2.459.063.447.576	28,95%
2	Pinjaman Luar Negeri	4.733.264.805.000	732.763.758.407	15,48%
3	Penerimaan Negara Bukan Pajak	41.764.940.000	13.929.142.777	33,35%
4	Badan Layanan Umum	16.640.794.577.000	8.031.027.006.584	48,26%
5	Saldo Awal BLU	1.942.317.450.000	495.447.023.245	25,51%
Total		31.850.958.627.000	11.732.230.378.589	36,83%

Sumber data: OM SPAN per 31 Juli 2025

Tabel L2.4 Alokasi dan Realisasi Anggaran Kantor Daerah (Rumah Sakit Umum Pusat)
Tahun Anggaran 2025 per 31 Juli 2025

No	SATUAN KERJA	PAGU	BLOKIR	PAGU NON BLOKIR	REALISASI	%
1	RSUP PROF. DR. I.G.N.G NGOERAH	1.278.717.773.000	26.734.471.000	1.251.983.302.000	740.242.156.835	59,13%
2	RSUP DR HASAN SADIKIN	1.528.626.509.000	11.752.208.000	1.516.874.301.000	870.200.213.950	57,37%
3	RSUP SITANALA	191.865.743.000	5.286.737.000	186.579.006.000	104.986.203.732	56,27%
4	RSUP RATATOTOK BUYAT	35.245.878.000	472.982.000	34.772.896.000	19.471.062.537	55,99%
5	RSUP DR.RIVAI ABDULLAH	71.214.653.000	674.888.000	70.539.765.000	39.405.169.190	55,86%
6	RSUP Dr. J. LEIMENA AMBON	137.317.356.000	1.387.002.000	135.930.354.000	75.762.178.363	55,74%
7	RSUP FATMAWATI	1.023.356.028.000	11.073.155.000	1.012.282.873.000	556.213.586.163	54,95%
8	RSUP DR. TADJUDDIN CHALID	196.086.457.000	813.629.000	195.272.828.000	104.882.366.254	53,71%
9	RSUP DR M JAMIL PADANG	954.674.293.000	21.586.293.000	933.088.000.000	497.544.915.638	53,32%
10	RSUPN DR CIPTO MANGUNKUSUMO	2.609.614.670.000	15.040.661.000	2.594.574.009.000	1.369.227.980.805	52,77%
11	RSUP SURAKARTA	73.535.574.000	1.466.672.000	72.068.902.000	38.004.697.340	52,73%
12	RSUP DR WAHIDIN	1.109.675.128.000	17.771.052.000	1.091.904.076.000	565.093.997.634	51,75%
13	RSUP MBEN BOI KUPANG	109.371.685.000	1.521.832.000	107.849.853.000	55.237.633.069	51,22%
14	RSUP DR KARIADI	1.545.015.537.000	11.474.936.000	1.533.540.601.000	758.835.590.764	49,48%
15	RSUP PERSAHABATAN	783.225.781.000	15.946.479.000	767.279.302.000	372.773.828.526	48,58%
16	RSUP DR SARDJITO	1.793.923.452.000	18.378.502.000	1.775.544.950.000	792.707.512.308	44,65%
17	RSUP DR. MOHAMMAD HOESIN	1.454.263.271.000	38.270.525.000	1.415.992.746.000	623.166.710.196	44,01%
18	RSUP DR. SOERADJI	589.690.760.000	6.192.687.000	583.498.073.000	253.155.620.657	43,39%
19	RSUP H. ADAM MALIK	956.005.855.000	12.412.775.000	943.593.080.000	375.686.258.465	39,81%
20	RSUP PROF.DR.R.D. KANDOU	844.960.945.000	4.571.760.000	840.389.185.000	309.038.899.273	36,77%
21	RSUP MAKASSAR	123.309.809.000	-	123.309.809.000	29.318.016.588	23,78%
22	RSUP SURABAYA	95.309.808.000	1.323.024.000	93.986.784.000	17.695.523.172	18,83%

23	RSUP JAYAPURA	63.369.560.000	-	63.369.560.000	6.593.146.838	10,40%
24	RSUP IKN	94.604.814.000	-	94.604.814.000	771.581.410	0,82%
Sub Total		17.662.981.339.000	224.152.270.000	17.438.829.069.000	8.576.014.849.707	49,18%

Sumber data: OM SPAN per 31 Juli 2025

**Tabel L2.5 Alokasi dan Realisasi Anggaran Kantor Daerah (Rumah Sakit Khusus)
Tahun Anggaran 2025 per 31 Juli 2025**

No	SATUAN KERJA	PAGU	BLOKIR	PAGU NON BLOKIR	REALISASI	%
1	RS OTAK DR. DRS. M. HATTA	144.801.240.000	3.385.955.000	141.415.285.000	77.300.236.055	54,66%
2	RSJ PROF. DR. SOEROYO MAGELANG	171.397.559.000	8.335.692.000	163.061.867.000	88.413.623.518	54,22%
3	RSKO JAKARTA	63.969.172.000	858.330.000	63.110.842.000	33.936.097.926	53,77%
4	RSJ DR. MARZUKI MAHDI	169.294.574.000	3.736.868.000	165.557.706.000	87.244.389.094	52,70%
5	RSJ DR. RADJIMAN LAWANG	149.371.476.000	8.918.939.000	140.452.537.000	73.539.223.989	52,36%
6	RSJ DR. SOEHARTO HEERDJAN	115.102.974.000	2.564.551.000	112.538.423.000	57.007.518.868	50,66%
7	RS PARU DR. ARIO WIRAWAN	145.599.797.000	1.570.485.000	144.029.312.000	71.818.705.515	49,86%
8	RS MATA CICENDO	312.555.149.000	14.148.091.000	298.407.058.000	148.031.194.158	49,61%
9	RSPI PROF.DR.SULIANTI SAROSO	163.527.129.000	2.446.644.000	161.080.485.000	75.477.883.334	46,86%
10	RSAB HARAPAN KITA	624.343.146.000	82.398.170.000	541.944.976.000	251.800.003.646	46,46%
11	RSO PROF. DR.R. SOEHARSO	411.229.756.000	51.095.269.000	360.134.487.000	163.883.353.587	45,51%
12	RS PARU DR. H.A. ROTINSULU	165.372.862.000	6.260.627.000	159.112.235.000	71.137.219.698	44,71%
13	RS PARU DR.M.GOENAWAN	122.926.345.000	177.884.000	122.748.461.000	54.652.535.737	44,52%
14	RS KANKER DHARMAIS	1.332.651.204.000	84.244.644.000	1.248.406.560.000	525.319.776.984	42,08%
15	RS PON PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO	640.729.847.000	29.034.961.000	561.654.289.000	222.013.663.247	39,53%
16	RS MATA MAKASSAR	61.674.825.000	1.174.037.000	60.500.788.000	23.564.947.844	38,95%
17	RSJPD HARAPAN KITA JAKARTA	1.244.447.493.000	44.576.544.000	1.199.870.949.000	431.330.556.464	35,95%
Sub Total		6.038.994.548.000	344.927.691.000	5.644.026.260.000	2.456.470.929.664	43,52%

Sumber data: OM SPAN per 31 Juli 2025

Tabel L2.6 Alokasi dan Realisasi Anggaran Kantor Daerah (Balai/ /Unit)
Tahun Anggaran 2025 per 31 Juli 2025

No	SATUAN KERJA	PAGU	BLOKIR	PAGU NON BLOKIR	REALISASI	%
1	UPK KEMENKES RI	15.978.804.000	551.891.000	15.426.913.000	5.888.561.725	38,17%
2	BB BINOMIKA JAKARTA	157.874.636.000	22.311.075.000	135.563.561.000	19.414.074.717	14,32%
Sub Total		173.229.987.000	22.862.966.000	150.990.474.000	25.302.636.442	16,76%

Sumber data: OM SPAN per 31 Juli 2025

LAMPIRAN 3 Rincian Tabel Pelaporan BMN Ditjen Keslan Semester 1 Tahun 2025

LAPORAN POSISI BARANG MILIK NEGARA DI NERACA POSISI PER TANGGAL 30 JUNI 2025 TAHUN ANGGARAN 2025

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAPPB-E1 : 04 DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN

Tgl.Data : 12/08/25 6:33 AM
Tgl.Cetak : 12/08/25 10:47 AM
Halaman : 1
Kode Lap : lap_bmn_neraca_face_es1_poc

AKUN NERACA		JUMLAH
KODE	URAIAN	
1	2	2
117111	Barang Konsumsi	165,524,641,603
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	18,697,595,080
117114	Suku Cadang	30,087,596,237
117129	Persediaan Lainnya Untuk Diserahkan Kepada Masyarakat – Dalam	353,737,376,220
117131	Bahan Baku	37,135,354,517
117199	Persediaan Lainnya	1,139,668,952,531
131111	Tanah	51,107,376,157,321
132111	Peralatan dan Mesin	27,945,280,281,800
133111	Gedung dan Bangunan	19,211,303,405,565
134111	Jalan dan Jembatan	112,307,756,954
134112	Irigasi	75,385,590,759
134113	Jaringan	381,730,187,311
135121	Aset Tetap Lainnya	58,140,214,036
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	7,192,890,035,753
137111	Akumulasi Penyusutan Peralatan dan Mesin	(22,016,237,895,784)
137211	Akumulasi Penyusutan Gedung dan Bangunan	(3,332,842,394,096)
137311	Akumulasi Penyusutan Jalan dan Jembatan	(64,929,530,286)
137312	Akumulasi Penyusutan Irigasi	(29,102,502,755)
137313	Akumulasi Penyusutan Jaringan	(210,311,232,189)
137411	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap Lainnya	(1,010,411,989)
162121	Hak Cipta	29,500,000
162141	Paten	22,500,000
162151	Software	127,290,919,037
162161	Lisensi	13,745,950,627
162171	Hasil Kajian/Penelitian	1,317,503,299
162191	Aset Tak Berwujud Lainnya	4,534,086,540
162311	Aset Tak Berwujud Dalam Pengerjaan	479,508,000
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	2,367,181,043,478
166113	Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan dalam Operasional	5,402,466,410
169122	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap yang Tidak Digunakan dalam	(2,007,266,049,356)
169312	Akumulasi Amortisasi Hak Cipta	(1,400,332)
169314	Akumulasi Amortisasi Paten	(22,500,000)
169315	Akumulasi Amortisasi Software	(113,389,012,467)
169316	Akumulasi Amortisasi Lisensi	(7,176,556,633)
169317	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berwujud Lainnya	(153,293,270)
169318	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan	(4,894,421,410)
J U M L A H		82,561,931,422,511