

Nomor : PR.05.06/D/489/2026

7 Februari 2026

Lampiran : satu Lembar

Hal : Penyampaian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025

Yth. Menteri Kesehatan
Jakarta

Sesuai dengan 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 dimana setiap entitas unit kerja diwajibkan untuk membuat laporan kinerja dan disampaikan ke Menteri/Pimpinan Lembaga, maka bersama ini kami sampaikan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKj) Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025 (terlampir).

Demikian disampaikan, atas perhatian Bapak Menteri Kesehatan, kami ucapkan terima kasih

Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan,



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

Tembusan :

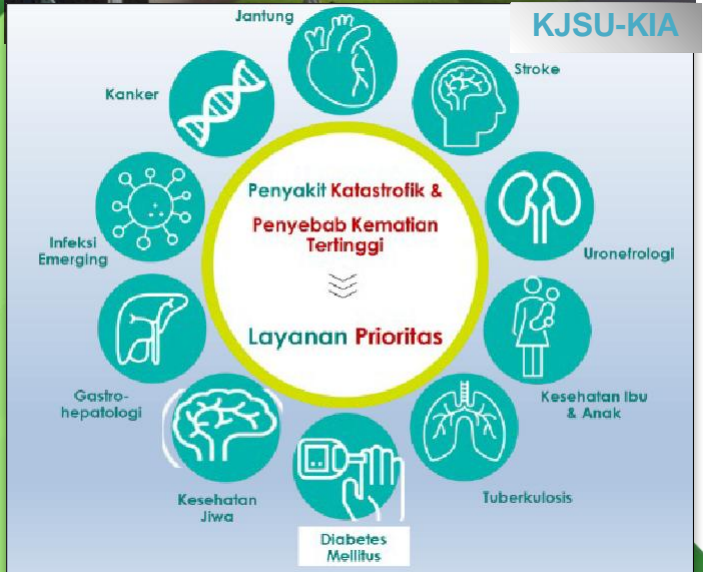
1. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
2. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tte.komdigi.go.id/verifyPDF>.



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2025



DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN

KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, sehingga Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan 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 masukkan 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 Januari 2026

Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan,



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

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 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 :**

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

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

1. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar
2. Persentase FKTP terakreditasi
3. Persentase RS Vertikal BLU yang masuk strata 4
4. Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional

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

1. Persentase Fasyankes lanjutan dengan SPA sesuai standar sebesar 26,7% (target 45%)
2. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi sebesar 1,38 (Target 1,5)
3. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1% sebesar 34,43% (Target 25%)
4. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas sebesar 19% (target 25%)
5. Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center sebesar 10,3% (target 10%)

6. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi sebesar 4 layanan (target 4 layanan)
7. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional sebesar 10 RS (target 10 RS)
8. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP sebesar 3 CRU (target 3 CRU)
9. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna sebesar 38,47% (target 38%)
10. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan sebesar 90,64 (target 77)
11. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar 9,52% (target 10%)
12. Persentase Fasyankes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas sebesar 40,1% (target 50)
13. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas sebesar 84,17% (target 84,17%)

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

1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebesar 84,27 (target 77)
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebesar 87,16 (target 92,35)
3. Indeks kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebesar 83,26 (target 81)
4. Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebesar 4 (target 3,95)
5. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebesar 96,22% (target 95%)
6. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sebesar 83,19% (target 96%)

Terdapat 8 indikator tahun 2025 tercapai yaitu:

1. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1% sebesar 34,43% (Target 25%)
2. Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center sebesar 10,3% (target 10%)
3. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi sebesar 4 layanan (target 4 layanan)
4. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional sebesar 10 RS (target 10 RS)
5. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP sebesar 3 CRU (target 3 CRU)
6. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna sebesar 38,47% (target

38%)

7. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan sebesar 90,64 (target 77)
8. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas sebesar 84,17% (target 84,17%)

Terdapat 5 indikator tahun 2025 yang belum tercapai yaitu:

1. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1% sebesar 0% (Target 25%)
2. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi sebesar 1,38 (Target 1,5)
3. Persentase Fasyankes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas sebesar 40,1% (target 50)
4. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas sebesar 19% (target 25%)
5. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar 9,52% (target 10%)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	2
EXECUTIVE SUMMARY	3
DAFTAR ISI	7
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	13
Tabel 2.4 Perjanjian Kinerja yang Berisi Sasaran Program, Indikator Kinerja dan Target Tahun 2025 Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.....	15
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	17
A. Capaian Kinerja Organisasi	17
Indikator Kinerja Program (IKP) Tahun 2025	27
a. Persentase faskes lanjutan dengan SPA kesehatan sesuai standar (Dit. FPKR)	27
b. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi (Dit. FPKR)	33
c. Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1% (Dit. Yanklin).....	38
d. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas (Dit. Yanklin).....	42
e. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center (Dit. Yanklin).....	45
f. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi (Dit. PPKR)	49
g. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional (Dit. PPKR)	53
h. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP (Dit. PPKR).....	56
i. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas (Dit. PPKR).....	60
j. Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas (Dit. MPKR)	62
k. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna (Dit. MPKR).....	69
l. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar (Dit. MPKR)	76
m. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (Dit. MPKR).....	82
n. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen)	87
o. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (Setditjen).....	92
p. Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (Setditjen).....	97
q. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen)	101
r. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen)	105
s. Persentase Realisasi Anggaran Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan (Setditjen)	111
B. Realisasi Anggaran	116
C. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	121
D. Sumber Daya Lainnya.....	122
1. Sumber Daya Manusia.....	122
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana	124
E. Prestasi dan Inovasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.....	124
1. Klasifikasi Rumah Sakit Berbasis Kompetensi	125
2. Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi melalui Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi (SatuSehat Rujukan)	128
BAB IV PENUTUP	133
LAMPIRAN 1 PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025.....	135
LAMPIRAN 2 Rincian Realisasi Anggaran Lainnya	140
LAMPIRAN 3 Rincian Tabel Pelaporan BMN Ditjen Keslan Tahun 2025.....	143

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 Lanjutan 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 13 (tiga belas) indikator, yaitu:

1. Persentase Fasyankes lanjutan dengan SPA sesuai standar
2. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi
3. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1%
4. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas
5. Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center
6. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi
7. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional
8. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP
9. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna
10. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan
11. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar
12. Persentase Fasyankes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas
13. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas

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

1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

3. Indeks kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
4. Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
5. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
6. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Laporan kinerja ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan atas pelaksanaan tugas dan fungsi selama 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 161 Tahun 2024 Tentang Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan lanjutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 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 161 Tahun 2024 tentang Kementerian Kesehatan dan dalam rangka mengatur tugas dan fungsi pada masing-masing unit organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan, saat ini sudah ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan no. 21 tahun 2024.

Untuk itu, laporan kinerja ini sudah mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan republik indonesia nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Penetapan Organisasi dan Tata Kerja yang baru oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, sebagai turunan dari Peraturan Presiden Nomor 161 Tahun 2024.

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

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

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

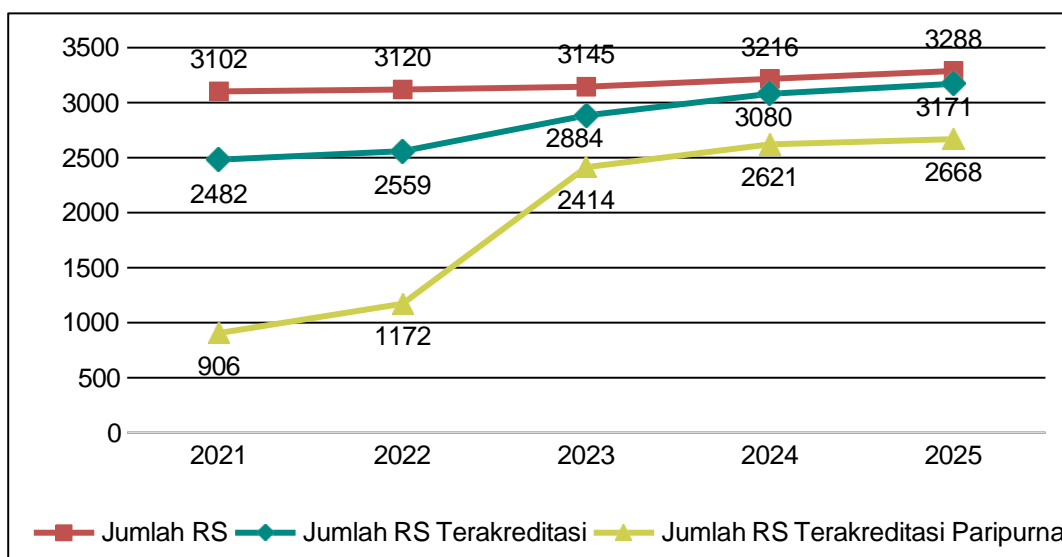
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan bersama-sama dengan unit pelaksana teknis vertikal tersebut saling bersinergi dalam menjalankan fungsi pelayanan kesehatan, meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, serta bermitra dengan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah dan swasta.

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 31 Desember 2025 sebanyak 3.288 rumah sakit yang terdiri dari 2.773 rumah sakit umum, 513 rumah sakit khusus, dan 2 rumah sakit bergerak. Sebanyak 1.232 rumah sakit adalah milik pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, dan TNI/POLRI; kemudian milik BUMN sebanyak 31 rumah sakit serta sebanyak 2.025 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 3.171 RS (96,4%) dan masih terdapat 117 RS (3,6%) yang belum terakreditasi. Adapun rincian capaian akreditasi rumah sakit sebagai berikut tingkat paripurna 2.668 (84,1%), tingkat utama 395 (12,0%), lulus tingkat madya 106 (3,2%), dan JCI (murni) ada 2 RS.

Grafik 1.1 Tren Peningkatan Jumlah Akreditasi RS Tahun 2021– 2025



Sumber: RS online dan JCI per Desember 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%, 96,4%. 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 84,1%. 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 terselurkannya 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 yang akan ditetapkan dalam Rancangan Peraturan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi.

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				
		2020	2021	2022	2023	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			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: Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya					
13	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			-	85	90,01
	Sasaran Program: Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya					
14	Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			-	93	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			-	92,5	95
	Sasaran Program: Meningkatnya 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 pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan					
1	Persentase fasyankes 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

	Sasaran Program: * Meningkatnya kualitas layanan obstetric di RS					
3	Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1%	25	35	55	70	80
	Sasaran Program: * Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan					
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
	Sasaran Program: Meningkatnya kapabilitas riset di RS					
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
	Sasaran Program: Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan					
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 Fasyankes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50	55	60	65	70
	Sasaran Program: Meningkatnya kolaborasi fasilitas pelayanan kesehatan dalam mendukung pelaksanaan program prioritas					
13	Persentase puskesmas yang	84,17	0	0	0	0

		melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas					
		Sasaran Program: Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan					
	14	Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	77	78	80	82	85
	15	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	92,35	92,55	92,75	92,95	93,15
	16	Indeks kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	81	82	83	84	85
	17	Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	3,95	4	4,05	4,1	4,15
	18	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	95	95	95	95	95
	19	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	96	96	96	96	96

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 Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029. Target kinerja ini menjadi komitmen bagi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan untuk mencapainya dalam tahun 2025.

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
	Sasaran Program: Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat	
	1 Persentase kecamatan dengan SPA puskesmas	

Program: Pelayanan Kesehatan dan JKN		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 Fasyankes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45
	3 Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,5
	4 Persentase Fasyankes 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
14	Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	77
15	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	92,35
16	Indeks kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	81
17	Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	3,95
18	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	95
19	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	96

Pada tahun 2025 Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran sebesar Rp. 34.215.460.077.000,- 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	171	161	94	Fasyankes
2	Jumlah kecamatan yang memiliki puskesmas sesuai standar	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	34	24	70,5	Fasyankes
4	Jumlah RS UPT Vertikal yang dibangun baru dan dikembangkan untuk mendukung pelayanan 9 penyakit prioritas	4	4	100	Fasyankes

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

21	Presentase rumah sakit yang diampu dalam jejaring pengampuan yang melaporkan audit medis pada 9 layanan prioritas setiap tahun	100	97	97	PKR
22	Presentase rumah sakit vertikal yang melaporkan audit medis pada 9 layanan prioritas setiap 6 bulan	100	100	100	PKR
23	Persentase fasyankes rujukan di seluruh provinsi yang ditingkatkan dari RS strata madya ke strata utama	100	13	13	PKR
24	Jumlah RS yang dengan kompetensi strata 4 pada 9 penyakit prioritas	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)	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	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 Tahun 2025

INDIKATOR SASARAN STRATEGIS					
No	Indikator	Target	Realisasi TW IV	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Persentase faskes mencapai akreditasi paripurna	33%	52,11%	158	Dit. PPKR
2	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan Kesehatan	77	89,54	116	Dit. MPKR
3	Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan	100	100	100	Dit. MPKR
INDIKATOR KINERJA PROGRAM					
No	Indikator	Target	Realisasi TW IV	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45%	12%	26,7%	Dit. Fasyankes Rujukan
2	Rasio Tempat Tidur Terhadap Populasi	1,5	1,38	92,5	Dit. Fasyankes Rujukan
3	Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1%	25 %	34,4%	137,7%	Dit. Yanklin
4	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	25 %	19%	76%	Dit. Yanklin
5	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	10%	10,3%	103%	Dit. Yanklin
6	Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4 layanan	4 layanan	100%	Dit. PPKR
7	Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10 RS	10	100%	Dit. PPKR
8	Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3 CRU	3	100%	Dit. PPKR
9	Persentase RS pemerintah terakreditasi paripurna	38%	38,47%	101%	Dit. MPKR

10	Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan	77	90,64	118%	Dit. MPKR
11	Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar $\geq 80\%$	10%	9,52%	95%	Dit. MPKR
12	Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50%	40,1%	80%	Dit. MPKR
13	Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	84.17%	84.17%	100%	Dit. PPKR
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN					
No	Indikator	Target	Realisasi TW IV	Prosentase	Pengampu
				(%)	
1	Kab/Kota dengan RSUD tipe D yang ditingkatkan menjadi kelas C	22	10	45,45	Dit. Fasyankes Rujukan
2	Persentase RS Pemerintah Daerah yang memenuhi Ketersediaan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) sesuai standar	45 %	3,71	8,24	Dit. Fasyankes Rujukan
3	Persentase UPD milik pemerintah dengan SPA sesuai standar	35 %	35%	100%	Dit. Fasyankes Rujukan
4	Kab/Kota dengan wilayah berciri kepulauan yang dilayani RS kapal sesuai standar	27	17	62,96	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%	27,5%	110%	Dit. Yanklin
7	Persentase provinsi dengan RS yang memenuhi kapasitas pelayanan kesehatan ibu-anak, kanker, Jantung, Stroke, dan ginjal sesuai standar	40%	36,8%	92%	Dit. Yanklin
8	Persentase kab/kota dengan RS yang memenuhi kapasitas pelayanan kesehatan ibu-anak, kanker, Jantung, Stroke, dan ginjal sesuai standar	20%	13,8%	69%	Dit. Yanklin
9	Persentase RS Pemerintah dengan kompetensi minimal strata Madya untuk pelayanan	50%	41,5%	83%	

	DM, TBC, PIE, Gastrohepatodan/atau Kesehatan Jiwa sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan				Dit. Yanklin
10	Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan dan melaporkan audit medis	50%	57,6%	115,2%	Dit. Yanklin
11	Jumlah RS yang memberikan pelayanan trauma center di Kab/Kota	51 RS	53 RS	103,9%	Dit. Yanklin
12	Persentase fasilitas kesehatan yang terintegrasi dalam sistem rujukan online nasional	20%	29,3%	146,5%	Dit. Yanklin
13	Jumlah Rumah Sakit Pemerintah yang mampu tata laksana korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA)	50 RS	54 RS	108%	Dit. Yanklin
14	Persentase RS yang memberikan layanan geriatri terpadu	20 %	20,1%	100,5%	Dit. Yanklin
15	Jumlah fasyankes yang menyelenggarakan pelayanan telemedisin	400	400	100%	Dit. PPKR
16	Jumlah rumah sakit yang siap dan mendukung pelayanan wisata medis	30 RS	40 RS	133,3%	Dit. PPKR
17	Persen populasi direkrut untuk penyimpanan biobank	97%	98%	101%	Dit. PPKR
18	Persen populasi yang menggunakan farmakogenomika	60%	50%	83%	Dit. PPKR
19	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan redistribusi kepesertaan dari puskesmas ke FKTP swasta	100	100	100	Dit. PPKR
20	Pertumbuhan RS yang sudah memiliki CRU sesuai standar	43 RS	43 RS	100%	Dit. PPKR
21	Jumlah Peneliti CRU di RS yang tersertifikasi GCP	100	146	146	Dit. PPKR
22	Persentase Kabupaten Kota Memenuhi Standar Kebutuhan Darah di wilayahnya	20%	20,4%	102%	Dit. PPKR
23	Jumlah RS Pemerintah yang Memenuhi Tingkat Maturitas Kemandirian	5	9	180	Dit. PPKR
24	Persentase Rumah Sakit memberikan layanan ramah penyandang disabilitas	40%	40%	100%	Dit. TKPKR
25	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu pelayanan rawat jalan	450	453	100,67	Dit. TKPKR

26	Jumlah RS BLU dan BLUD yang sudah memiliki ketepatan waktu visite dokter pelayanan rawat inap	450	492	109	Dit. TKPKR
27	Jumlah RS yang menyelenggarakan Pendidikan spesialis dan / atau sub spesialis berbasis RS	10	10	100	Dit. TKPKR
28	Jumlah RS yang mengembangkan layanan unggulan / center of excellence melalui kerja sama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	68	68	100	Dit. TKPKR
29	Persentase RS yang mencapai target INM (Indikator Nasional Mutu)	8	12,8	160	Dit. MPKR
30	Persentase Klinik Utama yang mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan yang ditentukan	8	26,94	336,7	Dit. MPKR
31	Persentase Rumah Sakit yang mengimplementasikan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)	30	34,45	115	Dit. MPKR
32	Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	77	84,27	109,44	Setditjen
33	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	92,35	87,16	94,38	Setditjen
34	Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	81	83,26	102,79	Setditjen
35	Nilai maturitas manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	3,95	4	101,27	Setditjen
36	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	95%	96,22%	101,28%	Setditjen
37	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	96%	83,19%	86,66	Setditjen
38	Jumlah UPT Vertikal yang ditingkatkan sarana, prasarana dan alkesnya	39	42	107.69	Setditjen

Indikator Kinerja Program (IKP) Tahun 2025:

a. Persentase faskes lanjutan dengan SPA kesehatan sesuai standar (Dit. FPKR)

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)

Capaian indikator dihitung dalam bentuk persentase fasilitas kesehatan lanjutan yang

memenuhi standar Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) minimal 80% per komponen dibandingkan dengan total fasilitas kesehatan lanjutan sasaran. Untuk menjaga konsistensi penyebut (denominator) sesuai target dan memudahkan perhitungan, jumlah sasaran ditetapkan sebanyak 917 rumah sakit dan 286 Unit Pengelola Darah (UPD).

Data capaian bersumber dari ASPAK per Desember 2025. Persentase pemenuhan SPA dihitung per komponen dengan nilai pembobotan masing-masing komponen, yaitu 80%. Pembaruan data SPA di ASPAK dilengkapi dengan proses validasi oleh Dinas Kesehatan untuk memastikan kesesuaian data dengan kondisi di lapangan. Validasi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk RS kelas D dan C, oleh Dinas Kesehatan Provinsi untuk RS kelas B, dan oleh Kementerian Kesehatan untuk RS kelas A. Validasi dilaksanakan secara periodik minimal satu kali dalam setahun atau sesuai kebutuhan, seperti untuk perizinan dan akreditasi.

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar :

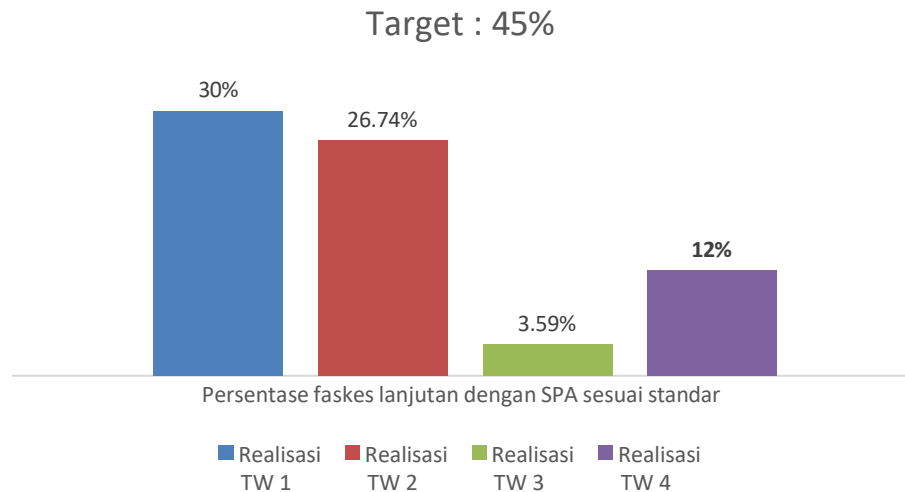
No	Indikator Target	Target 2025	Realisasi 2025	Capaian 2025
1	Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45%	12%	26,7%

Dari target yang ditetapkan pada tahun 2025 yaitu sebesar 45% hanya dapat terealisasi sebesar 12%. Fasilitas kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan UPD) telah memiliki kelengkapan sarana, prasarana dan alat sebesar 80% di tahun 2025 sebesar 12%, data tersebut diperoleh berdasarkan data ASPAK per Desember 2025. persentase tersebut didapatkan dari data ASPAK RS dan UPD milik pemerintah (Kemenkes,Prov,Kab/kota) dengan rincian realisasi sbb :

Kriteria	Rumah Sakit	UPD	Total Faskes Lanjutan
Jumlah Fasyankes	917	286	1203
	42	102	144
% Realisasi	4,58 %	35,7 %	12%

Rendahnya capaian indikator menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit dan UPD sasaran belum sepenuhnya memenuhi standar sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan

sesuai ketentuan. Jika dikaitkan dengan tujuan dari program ini maka kondisi ini berdampak pada belum optimalnya kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan dalam menjamin mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan, serta belum sepenuhnya mendukung pemerataan akses pelayanan kesehatan lanjutan di seluruh wilayah.



Penurunan signifikan progres pencapaian indikator pada Triwulan I sampai dengan Triwulan IV Tahun 2025 dipengaruhi oleh perubahan metode perhitungan capaian indikator. Pada baseline, perhitungan SPA minimal 80% dilakukan secara kumulatif, sehingga capaian indikator lebih tinggi, dapat terlihat pada capaian Triwulan I dan Triwulan II. Sejak Triwulan III, perhitungan dilakukan secara terpisah pada setiap komponen, yaitu S, P, dan A, yang masing-masing ditetapkan harus mencapai minimal 80%. Perubahan metode ini berdampak pada menurunnya nilai capaian indikator secara keseluruhan.

4) 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 pembantu indikator tahun 2024 dan 2025 :

Tahun	Jenis Fasyankes	Ambang SPA	Jumlah Total	Memenuhi Ambang	% Capaian
2024	Rumah Sakit Pemerintah (Prov, Kab/Kota)	60 % (Kum)	747 RS	704 RS	94,24 %
	Lab. Kesehatan	60 % (Kum)	259 Lab	259 Lab	100 %
2025	Rumah Sakit Pemerintah (Kemenkes, Prov, Kab/Kota)	80 % (Per Komponen)	917 RS	42 RS	4,58 %
	Unit Pelayanan Darah	80 % (Per Komponen)	286 UPD	102 UPD	35,7 %

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% secara kumulatif dan pada tahun 2025 ambang batas yang di tetapkan naik menjadi 80% dan perhitungan dilakukan secara terpisah pada setiap komponen, yaitu S, P, dan A, yang masing-masing ditetapkan harus mencapai minimal 80%.

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

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

No	Indikator Target	Target					Realisasi 2025	Capaian 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		
1	Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	45%	60%	70%	75%	80%	12%	26,7%

Realisasi kinerja Tahun 2025 hanya dapat tercapai sekitar 26,7% dari target tahunan sebesar 45%. Jika tren pencapaian berjalan secara linear maka pencapaian ini menjadi beban untuk pencapaian target tahun berikutnya, mengingat target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029 menunjukkan tren peningkatan yang signifikan setiap tahunnya.

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

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

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

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

	O (Opportunity)	T (Threat)
	<ol style="list-style-type: none"> Dukungan pendanaan Banper SIHREN dan DAK KJSU-KIA Keterlibatan aktif pemerintah daerah Advokasi, bimtek, monitoring ASPAK yang berkelanjutan ASPAK sebagai syarat DAK, Banper, dan program layanan 	<ol style="list-style-type: none"> Perubahan ambang batas SPA menjadi 80% per komponen S, P, A Penurunan dan keterbatasan DAK yang bersifat tematik Keterlambatan distribusi alkes SIHREN Perubahan standar ASPAK dan kelas RS Efisiensi anggaran dan kepatuhan pengisian ASPAK yang rendah
S (Strenght)	<ol style="list-style-type: none"> Mengoptimalkan kesesuaian tugas dan fungsi Direktorat serta dukungan lintas sektor untuk mempercepat pemenuhan SPA RS sasaran melalui Banper SIHREN dan DAK KJSU-KIA. Memanfaatkan advokasi, bimtek, monitoring, dan forum konsultasi daring untuk memastikan rumah sakit dan UPD memenuhi standar SPA sejak tahap perencanaan dan implementasi program. Memperkuat peran ASPAK sebagai instrumen perencanaan dan pengambilan keputusan pusat- 	<ol style="list-style-type: none"> Menggunakan dukungan kebijakan dan pendampingan intensif untuk memitigasi dampak perubahan cut off ambang batas SPA dan standar ASPAK terhadap capaian indikator. Memanfaatkan posisi strategis ASPAK sebagai syarat DAK dan Banper untuk menjaga kepatuhan pengisian data di tengah keterbatasan anggaran dan perubahan kebijakan. Memperkuat koordinasi lintas sektor dan lintas level pemerintahan untuk mengantisipasi keterlambatan distribusi alkes dan perubahan kelas RS.
<ol style="list-style-type: none"> Tusi Direktorat selaras dengan indikator Dukungan Banper dan DAK KJSU-KIA Keterlibatan lintas sektor (pusat-daerah) Mekanisme advokasi, bimtek, monitoring, dan forum konsultasi telah berjalan 		

	daerah berbasis data.	
<p>W (Weakness)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketergantungan RS pada DAK dan SIHREN 2. Rendahnya kepatuhan dan kualitas pengisian ASPAK 3. Pemanfaatan data ASPAK belum optimal untuk perbaikan mutu internal 4. Masih adanya UPD yang belum berizin/terdaftar 5. Belum optimalnya perencanaan pemenuhan gap SPA di daerah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memanfaatkan kegiatan bimtek, monitoring, dan workshop ASPAK untuk meningkatkan kapasitas SDM dan kualitas pengisian data oleh RS dan UPD. 2. Mendorong pemerintah daerah memprioritaskan pemenuhan gap SPA melalui integrasi data ASPAK dalam perencanaan kebutuhan dan penganggaran daerah. 3. Mengembangkan kebijakan penetapan RS berbasis kompetensi SDM guna menyelaraskan standar ASPAK dengan kemampuan layanan rumah sakit. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi ketergantungan pada DAK dan SIHREN dengan mendorong pemanfaatan sumber pendanaan alternatif (BLUD, APBD, DAU, dana cukai, dan sumber sah lainnya). 2. Memperkuat pendampingan dan pengawasan pengisian ASPAK untuk mencegah penurunan kualitas data akibat perubahan standar, kelas RS, dan keterbatasan anggaran. 3. Mempercepat penyelesaian perizinan dan registrasi UPD agar tidak menjadi faktor penghambat pencapaian indikator.

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar	6.241.073.130.000	1.658.309.113.000	2.691.632.070.821

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Persentase faskes lanjutan dengan SPA sesuai standar sebesar Rp. 6.241.073.130.000,- dengan pagu blokir sebesar Rp. 1.658.309.113.000,- atau sebesar 26,6% dari total alokasi anggaran tersebut terblokir. Dengan jumlah blokir anggaran yang cukup tinggi dan terjadi pada pelaksanaan kegiatan program 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 Forum Diskusi secara daring Bersama dengan lintas program dan OPD
- e) Pemantauan kesiapan penerima alkes SIHREN dengan mekanisme desk melalui zoom

9) Analisa Program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan 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 dengan membuka forum diskusi daring Bersama dengan lintas program dan OPD
 - (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.
 - (2) Merancang kebijakan baru untuk penetapan Rumah Sakit berdasarkan kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM)

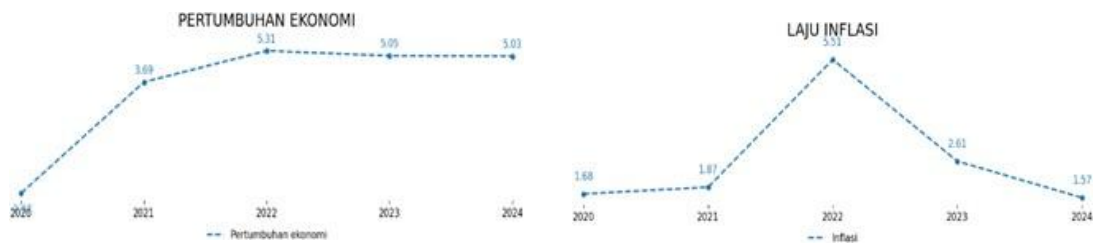
b. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi (Dit. FPKR)

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 2024 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 2020 – 2024 adalah 2.65, sedangkan target laju inflasi sampai tahun 2029 dijaga level 1.5 – 3.5% sehingga laju inflasi 2020 -2024 dengan 2025-2029 diperkirakan dalam range yang sama.

Rerata pertumbuhan ekonomi Tahun 2020 - 2024 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 2020 – 2024. Kenaikan rasio jumlah tempat tidur dalam kurun waktu Tahun 2020 – 2024 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

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi

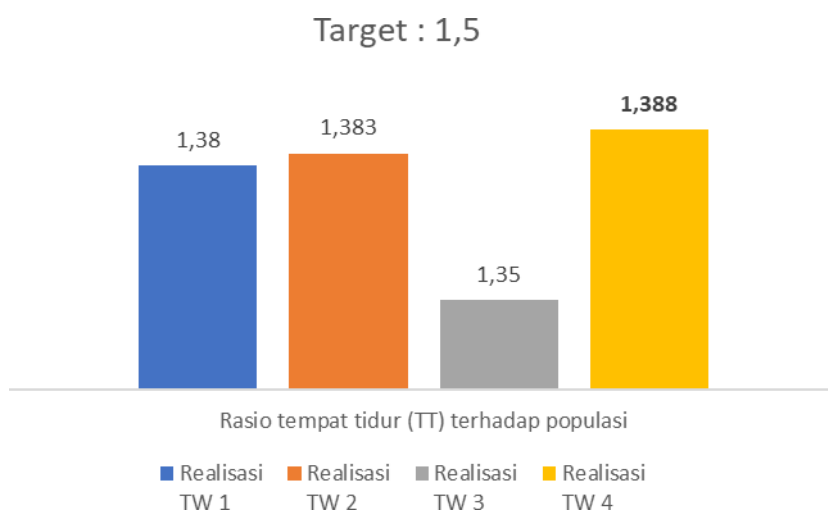
No	Indikator Target	Target 2025	Realisasi 2025	Capaian 2025
1	Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,5	1,388	92,5 %

Capaian rasio TT terhadap populasi sebesar 1,388 menunjukkan bahwa secara nasional ketersediaan tempat tidur rumah sakit mengalami perbaikan, namun masih terdapat kesenjangan sebesar 0,112 poin dari target 1,5. Hal ini mengindikasikan bahwa kapasitas layanan kesehatan belum sepenuhnya optimal dalam memenuhi kebutuhan penduduk.

Beberapa faktor yang mempengaruhi belum tercapainya target antara lain:

1. Pertumbuhan jumlah penduduk yang lebih cepat dibandingkan penambahan tempat tidur rumah sakit.
2. Keterbatasan pembangunan dan pengembangan fasilitas kesehatan, khususnya di daerah tertentu.
3. Distribusi tempat tidur yang belum merata antar wilayah, sehingga capaian nasional belum sepenuhnya mencerminkan kecukupan di seluruh daerah.

Untuk mencapai target ke depan diperlukan upaya berkelanjutan melalui peningkatan kapasitas rumah sakit, optimalisasi fasilitas kesehatan yang ada, serta perencanaan pembangunan yang lebih merata dan berbasis kebutuhan wilayah, agar rasio tempat tidur terhadap populasi dapat mencapai target yang ditetapkan dan mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan nasional.



Indikator Rasio Tempat Tidur (TT) terhadap Populasi menggambarkan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan berupa tempat tidur rumah sakit secara nasional. Pada periode pelaporan, indikator ini memiliki target sebesar 1,5, dengan baseline 1,38.

Berdasarkan hasil pengukuran, realisasi rasio TT terhadap populasi mencapai 1,388. Capaian tersebut menunjukkan adanya peningkatan sebesar 0,008 dibandingkan kondisi baseline.

4) 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 2025	Kenaikan/ Penurunan
1	Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,38	1,388	0,008

Secara nasional pada Tahun 2024 untuk rasio tempat tidur berbanding populasi secara nasional adalah 1,38:1000 pada tahun 2025 untuk rasio secara nasional sebesar 1,388 : 1000 sehingga realisasi kenaikan hanya sebesar 0,008 poin dari baseline yang terpenuhi.

5) 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	Capaian
----	------------------	-----------------	-----------	---------

		2025	2026	2027	2028	2029	2025	2025
1	Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	1,5	1,62	1,75	1,87	2	1,388	92,5 %

Realisasi kinerja Tahun 2025 hanya dapat tercapai sekitar 92,5% dari target tahunan sebesar 1,5 : 1000. Jika tren pencapaian berjalan secara linear maka pencapaian ini menjadi beban untuk pencapaian target tahun berikutnya, mengingat target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029 menunjukkan tren peningkatan yang signifikan setiap tahunnya.

6) 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.

7) 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).

	O (Opportunity)	T (Threat)
S (Strength) 1. Mekanisme pencapaian jelas: penambahan TT, pembangunan RS, optimalisasi RS eksisting. 2. Dukungan Kementerian (DAK, program PHTC).	1. Pertambahan RS Baru 2. Program Peningkatan Kelas RS merupakan program nasional dan lokus terdapat di remote area 1. Mengoptimalkan dukungan Kementerian melalui DAK dan PHTC untuk mendukung pembangunan RS baru dan peningkatan kelas RS, khususnya di wilayah remote area 2. Mengintegrasikan program nasional peningkatan kelas RS dengan target pemenuhan TT agar capaian rasio TT terhadap populasi meningkat.	1. Ketidakkonsistenan pengisian data akibat pertambahan jumlah RS 2. Penurunan dan keterbatasan DAK yang bersifat tematik 3. Ketidak tersediaan anggaran pada DIPA yang mendukung pengawalan program secara khusus 1. Memperkuat koordinasi dan pengawalan program dengan memanfaatkan mekanisme pencapaian yang jelas guna memitigasi dampak penurunan DAK tematik 2. Mengoptimalkan peran Kementerian dalam standarisasi dan pengendalian kualitas data TT untuk mengurangi ketidakkonsistenan data dari RS 3. Melakukan prioritas intervensi pada RS strategis untuk menjaga capaian TT di tengah keterbatasan anggaran.
W (Weakness)	1. Memanfaatkan pertambahan RS baru	1. Melakukan harmonisasi dan validasi

<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketergantungan data TT pada input RS 2. Implementasi KRIS belum sepenuhnya sesuai. 3. Anggaran daerah & RS terbatas. 	<p>dan program peningkatan kelas RS untuk memperbaiki kepatuhan implementasi KRIS secara bertahap</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mendorong peningkatan kapasitas RS dalam pelaporan data melalui pendampingan teknis 3. Mengintegrasikan kebutuhan anggaran KRIS dan TT ke dalam program nasional agar dapat menutup keterbatasan anggaran daerah dan RS. 	<p>data RS Online dan ASPAK secara berkala untuk mengurangi risiko ketidakkonsistenan data di tengah keterbatasan sumber daya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menyusun kebijakan prioritas pemenuhan TT dan implementasi KRIS secara bertahap 3. Mengoptimalkan efisiensi monitoring dan evaluasi (desk review) sebagai alternatif keterbatasan anggaran monev lapangan.
---	--	--

8) Analisis atas Efisiensi penggunaan Sumber Daya

Indikator	Pagu Anggaran	Pagu Terblokir	Realisasi Anggaran
Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	-	-	-

Secara rincian output yang tercantum di dalam renstra tidak terdapat rincian output yang masuk ke dalam DIPA untuk pencapaian target indikator ini, sehingga total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi sebesar Rp.0,-. Pencapaian indikator ini bergantung terhadap pencapaian pelaksanaan rincian output pada program kegiatan lain. Rincian Output Kegiatan yang tercantum di dalam DIPA dan berpengaruh terhadap pencapaian indikator Adalah 2051. RBV.001 Pembangunan dan Pengembangan RS UPT Vertikal Riau dan 2051 QEG.001 Pembangunan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC bidang Kesehatan)

9) 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) 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.
- d) Pelaksanaan Bimbingan Teknis terkait substansi rasio kebutuhan kapasitas layanan kesehatan.

Membuat kajian mendalam berbasis evidence (evidence-based study) untuk mengevaluasi kondisi eksisting secara komprehensif

c. Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 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

$$\frac{\text{Jumlah kab kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan postpartum) <1\%}}{\text{Jumlah Kab/Kota di Indonesia pada kurun waktu 1 tahun}} \times 100\%$$

Sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan fokus intervensi dalam pelayanan kesehatan ibu di Indonesia serta dikarenakan minimnya jumlah kab/kota yang memiliki minimal 500 kasus eklamsia dan perdarahan post partum dan banyaknya down coding kasus eklamsia menjadi diagnosis hipertensi dalam kehamilan (dikarenakan alasan klaim JKN untuk eklamsia harus mencantumkan hasil proteinuria sedangkan pasien tidak semuanya dapat dilakukan pemeriksaan tersebut), maka disepakati adanya usulan perubahan definisi operasional menjadi **jumlah kematian yang disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum dibagi jumlah kasus terkonfirmasi hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum dikali 100%.**

$$CFR DO = \frac{\text{Jumlah kematian yang disebabkan oleh HDK \& HPP}}{\text{Jumlah kasus terkonfirmasi HDK \& HPP}} \times 100$$

Meskipun CFR DO dapat dihitung dengan rumus diatas, diperlukan indikator yang dapat dipakai untuk menentukan kriteria eligibilitas perhitungan CFR DO tingkat kabupaten/kota yaitu

1. memenuhi ketercukupan akses atau yang dianggap sebagai % *met need*. Perhitungan ini merupakan asumsi kecukupan akses yang dihitung dari jumlah kasus direct obstetric yang dibawa ke RS dibandingkan dengan jumlah populasi ibu melahirkan. Idealnya %met need ini adalah mendekati 100% karena diasumsikan bahwa 15% persalinan membutuhkan pelayanan di RS PONEK dapat terpenuhi, sehingga disepakati jika nilainya 80% sudah dianggap akses terpenuhi. Rumus %met need berikut

Jumlah total kasus komplikasi obstetri kelompok 1 – 4 di data klaim JKN
Expected no. of women with direct obstetric complications (15% of expected live births) menggunakan JKN¹

¹Jumlah ibu melahirkan/nifas menurut KMK * proporsi ibu bersalin menggunakan JKN (SKI, 2023) *15%

2. Memenuhi kriteria kasus komplikasi DO (Hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum) >100 pertahun

Dengan menggunakan kriteria tersebut akan dilakukan perhitungan CFR DO tingkat kab/kota

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1% :

Indikator Kinerja Program			
Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target	Realisasi	% Realisasi
Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1%	25 %	34,43 %	137,72 %

Target 2025 sebesar 25% dan Realisasi tahun 2025 sebesar 34,43%. Realisasi tersebut didapat dari jumlah kematian yang disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum dibagi jumlah kasus terkonfirmasi hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum dikali 100%. Capaian sudah melebihi dari target tahunan dengan realisasi ketercapaian 137,72%.

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

Realisasi indikator Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1% tidak dapat dibandingkan dengan realisasi indikator pada tahun sebelumnya dan beberapa tahun terakhir karena indikator ini merupakan indikator baru tahun 2025.

5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2025)

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 2025
		2025	2026	2027	2028	2029	
1	Persentase kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan porstpartum) < 1%	25%	35%	55%	70%	80%	34,43%

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 34,43% dari target tahun 2025 sebesar 45%. Namun, capaian ini tidak bersifat kumulatif (penambahan capaian tiap tahun) tetapi bersifat fluktuatif karena angka kematian tidak sama atau tidak dikumulatifkan setiap tahun.

6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

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

7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

- **Pemanfaatan layanan kesehatan** ibu di fasilitas pelayanan kesehatan terus mengalami peningkatan seiring dengan bertambahnya cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kondisi ini didukung oleh semakin baiknya sistem informasi di fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya di rumah sakit sebagai fasilitas rujukan, sehingga pelayanan kesehatan ibu dapat diberikan secara lebih cepat, tepat, dan terintegrasi.
- Jumlah **kabupaten/kota yang memiliki Rumah Sakit dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) sesuai standar terus meningkat**. Hal ini menunjukkan adanya penguatan kapasitas layanan rujukan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir di daerah, yang berperan penting dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi.

8) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar 46,6 % 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 dengan CFR direct obstetric (eclampsia dan pendarahan)	Rp 326.215.000,-	25 %	34,43 %	Rp 297.244.751,-

porstpartum) < 1%				
-------------------	--	--	--	--

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. Sehingga semakin besar angka efisiensi sumber daya maka menunjukkan semakin efektif dan efisien kinerja serta penggunaan anggaran.

9) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

- Rapat koordinasi

Rapat koordinasi merupakan pertemuan koordinasi dengan RS dan Dinkes Kesehatan Provinsi untuk membahas pelaksanaan PONEK dan pelayanan seksio sesaria emergensi kategori 1 kurang atau sama dengan 30 menit di RS. Dibutuhkan koordinasi secara langsung dengan RS dan lintas sektor yang terkait dalam upaya penguatan pelaksanaan PONEK dan pelayanan seksio sesaria emergensi kategori 1 agar dapat dilaksanakan kegiatan pembinaan dengan baik.

- Bimbingan Teknis PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif) di RS

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

x 100%

Jumlah kabupaten/kota (511 kab/kota)

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) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas :

Indikator Kinerja Program				
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	25 %	19,2%	76,8 %

Target 2025 sebesar 25% dan Realisasi tahun 2025 sebesar 19,2%. Realisasi tersebut didapat dari 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) dikali 100%. Capaian belum mencapai target tahunan dengan realisasi ketercapaian 76,8%.

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

Realisasi indikator Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas tidak dapat dibandingkan dengan realisasi indikator pada tahun sebelumnya dan beberapa tahun terakhir karena indikator ini merupakan indikator baru tahun 2025.

5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2025)

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 2025
		2025	2026	2027	2028	2029	
1	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	25%	40%	60%	80%	100%	19,2%

Realisasi kinerja Tahun 2025 mencapai 19,2% dari target tahun 2025 sebesar 25%. Jika tren pencapaian berjalan secara linear, maka target tahun ke depan berpeluang untuk tidak tercapai sehingga perlu upaya dan strategi terkhusus lintas sektor untuk mencapai target indikator ini.

6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

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

7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

Penyebab kegagalan belum tercapainya target tersebut disebabkan pada tiga permasalahan utama.

1. **Keterbatasan Infrastruktur dan Anggaran Daerah:** Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) seringkali terbentur oleh keterbatasan anggaran di tingkat daerah adanya kebijakan efisiensi anggaran. Akibatnya, banyak RSUD yang belum mampu memenuhi standar teknis sarana fisik dan teknologi medis yang diperlukan untuk penanganan penyakit kompleks.
2. **Defisit Produksi SDM Kesehatan:** Terjadi kesenjangan antara kebutuhan SDM dengan laju produksi tenaga medis dan tenaga kesehatan spesialis di tingkat nasional. Keterbatasan jumlah lulusan ini menyebabkan distribusi tenaga ahli ke daerah menjadi tidak optimal.
3. **Rendahnya Kemandirian Pelayanan Klinis:** Ditemukan fenomena di mana meskipun sebuah rumah sakit telah memiliki alat kesehatan sesuai standar dan dokter spesialis yang mencukupi, angka rujukan ke pusat tetap tinggi. Hal ini disebabkan oleh belum terbentuknya kemandirian tim medis dalam melakukan tindakan intervensi secara mandiri, yang berujung pada keraguan dalam menangani kasus-kasus berisiko tinggi di tingkat lokal.

Secara keseluruhan, meskipun capaian saat ini (19%) masih dibawah target (25%), pondasi untuk percepatan telah diletakkan melalui integrasi kebijakan pembiayaan infrastruktur dan penguatan SDM. Langkah kunci ke depan adalah **memastikan bahwa alat kesehatan yang diadakan melalui SIHREN sinkron dengan kehadiran SDM yang telah ditingkatkan kompetensinya melalui proctorship dan beasiswa**. Dengan sinergi ini, diharapkan rumah sakit daerah tidak hanya memiliki alat yang canggih, tetapi juga memiliki keberanian dan kemandirian klinis untuk menangani kasus secara tuntas, sehingga target dapat segera tercapai.

8) 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

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

No	Indikator	Alokasi Anggaran	Capaian Output		Realisasi Anggaran
			Target Indikator	Realisasi Indikator	
1	2	3	4	5	6
	Persentase kab/kota yang memiliki RS	Rp 1.686.583.000,-	25 %	19,2 %	Rp 1.497.390.824,-

dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas				
---	--	--	--	--

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. Sehingga semakin kecil (bahkan minus) angka efisiensi sumber daya maka menunjukkan kurang efektif dan efisien kinerja serta penggunaan anggaran.

9) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai langkah strategis yang masif. Dalam hal pemenuhan infrastruktur, pemerintah memanfaatkan mekanisme pembiayaan SIHREN untuk pengadaan alat kesehatan dengan biaya besar, serta mengoptimalkan Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk perbaikan sarana fisik rumah sakit.

Di sisi SDM, kebijakan komprehensif diterapkan melalui penambahan kuota beasiswa yang bekerja sama dengan LPDP, pembukaan program pendayagunaan dokter spesialis dengan pemberian insentif khusus bagi penempatan di daerah DTPK, serta penerbitan surat tugas untuk mengisi kekosongan dokter spesialis secara cepat.

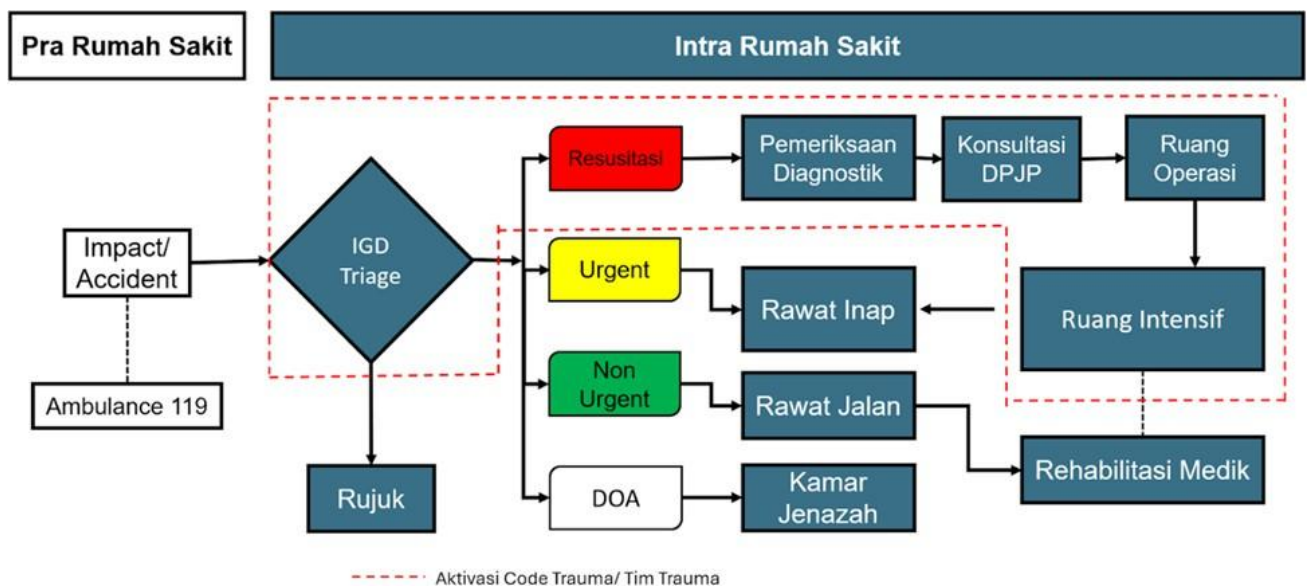
Untuk mengatasi kendala kompetensi, dilakukan Proctorship yaitu pendampingan oleh RS Pengampu ke rumah sakit di daerah untuk memberikan pendampingan langsung oleh ahli kepada dokter di daerah, dibarengi dengan pelatihan berkelanjutan baik secara daring maupun luring.

e. 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

Penyelenggaraan Pusat Pelayanan Trauma didukung dengan ketersediaan sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana, serta peralatan Kesehatan. SDM dan SPA pelayanan trauma tidak berdiri sebagai Gedung/ Poli tersendiri namun termasuk pelayanan yang sudah ada. Berikut alur pelayanan trauma di RS.



Gambar Alur Pelayanan Trauma di Rumah Sakit

2) Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center}}{\text{Jumlah seluruh kab/kota}} \times 100\%$$

Cara menghitung indikator “Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center” adalah jumlah kabupaten kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center dibagi jumlah seluruh Kabupaten/ Kota dikali 100%

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2025 untuk indikator Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center:

Indikator Kinerja Program			
Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	Target	Realisasi	% Realisasi
Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	10%	10,3%	103%

Target 2025 sebesar 10% dan Realisasi tahun 2025 sebesar 10,3%. Realisasi tersebut didapat dari Jumlah kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center dibagi jumlah seluruh kab/kota dikali 100%. Capaian sudah melebihi dari target tahunan dengan realisasi ketercapaian 103%.

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

Realisasi indikator Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center tidak dapat dibandingkan dengan realisasi indikator pada tahun sebelumnya dan beberapa tahun terakhir karena indikator ini merupakan indikator baru tahun 2025.

5) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2025)

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

No	Indikator Target	Target					Realisasi 2025
		2025	2026	2027	2028	2029	
1	Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	10%	20%	40%	60%	87%	10,3%

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 10,3% dari target tahun 2025 sebesar 10%. Jika tren pencapaian berjalan secara linear dan dilakukan peningkatan kinerja, maka target tahun depan berpeluang untuk tercapai. Capaian ini menunjukkan bahwa kinerja saat ini masih berada dalam jalur yang sesuai untuk memenuhi target tahunan. Namun demikian, tantangan yang lebih besar harus dihadapi di depan, mengingat target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029 menunjukkan tren peningkatan yang cukup signifikan.

6) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

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

7) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan

RS telah mendapatkan sosialisasi dan advokasi mengenai penyelenggaraan pelayanan trauma center. Selain itu, telah dilaksanakan bimbingan teknis dalam rangka upaya peningkatan kapabilitas rumah sakit di Provinsi/kabupaten/kota (termonitornya penatalaksanaan pelayanan trauma sesuai regulasi yang telah ditetapkan serta terciptanya integrasi yang komprehensif lintas program maupun lintas sektor terhadap kualitas layanan dan akses yang diperuntukan bagi masyarakat yang membutuhkan penanganan kasus trauma)

8) Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi sumber daya yang sudah dilakukan berdasarkan alokasi kegiatan yang dilaksanakan untuk mendukung capaian target adalah sebesar 6,25 % dengan rincian perhitungan sebagai berikut:

Rumus Efisiensi Sumber Daya

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

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 766.431.000,-	10%	10,3%	Rp 741.496.951,-

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. Sehingga semakin besar angka efisiensi sumber daya maka menunjukkan semakin efektif dan efisien kinerja serta penggunaan anggaran.

9) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan

1. Pendampingan dan advokasi mengenai penyelenggaraan pelayanan trauma center

Pendampingan dan advokasi adalah kegiatan pembinaan yang terstruktur dan berkelanjutan meliputi bimbingan teknis lanjutan, mentoring klinis dan manajerial, serta supervisi penerapan standar pelayanan trauma di rumah sakit.

2. Desk penelaahan kemampuan pelayanan trauma center di rumah sakit

Desk identifikasi kasus dan pelayanan trauma merupakan proses pengumpulan dan analisis data secara sistematis yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan bersama Dinas Kesehatan dan rumah sakit.

3. Bimbingan Teknis Pelayanan Trauma

Bimbingan teknis pengampuhan pelayanan trauma adalah kegiatan pembinaan teknis dan manajerial yang bertujuan meningkatkan kapasitas dan kemandirian layanan trauma di rumah

sakit melalui penguatan tata kelola, kompetensi klinis, jejaring rujukan, serta mutu dan keselamatan pasien sesuai standar nasional

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. (tolong dijelaskan lagi prinsip kedokteran presisi)

Penjelasan:

Kedokteran presisi merupakan pendekatan baru untuk pencegahan dan pengobatan penyakit dengan mempertimbangkan gen, lingkungan, dan pola hidup seorang pasien (UU No. 7 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024). Pelayanan kedokteran presisi ditujukan agar Pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih tepat dan personal dapat berupa penetapan diagnosis yang lebih tepat; peningkatan efikasi dalam pemilihan terapi termasuk potensi efek samping pengobatan; pengenalan risiko penyakit atau masalah kesehatan; dan pelayanan lain sesuai variabilitas individu.

2. Cara Perhitungan

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

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

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

Penjelasan:

Data capaian diambil dari RS yang memberikan layanan kesehatan yang telah menerapkan prinsip kedokteran presisi.

3. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja semester II tahun 2025 untuk indikator Jumlah

Indikator	2025		
	Target	Realisasi SMT II	Capaian
Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4 Layanan	4 Layanan	100%

layanan berbasis kedokteran presisi:

Target 2025 sebesar 4 layanan dan realisasi tahun 2025 sebesar 4 layanan. Realisasi ini diperoleh dari jumlah layanan kesehatan yang telah menerapkan prinsip kedokteran presisi yang telah diterapkan di rumah sakit di Indonesia dan ditetapkan melalui Surat Keterangan. Adapun layanan kedokteran presisi yang dimaksud meliputi:

- a. iCare: Layanan deteksi risiko kanker melalui pemeriksaan 113 gen kanker di RS Kanker Dharmais
- b. Non-invasive Perinatal Testing: Layanan pemeriksaan kelainan kromosom janin di RSAB Harapan Kita
- c. NeuroPrecise: layanan pemeriksaan resistensi obat klopidothromboplatelet, prediksi risiko efek samping obat anti-epilepsi, serta faktor risiko penyakit Alzheimer berbasis gen di RS PON
- d. CholestoGen: layanan pemeriksaan familial hiperkolesterolemia yang membantu deteksi hiperkolesterol yang diturunkan akibat mutasi gen pengontrol kadar kolesterol dalam darah di RSCM

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

Realisasi indikator Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi tidak dapat dibandingkan dengan capaian kinerja tahun sebelumnya karena merupakan indikator baru pada Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029.

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

No	Indikator	Target					Realisasi SMT II	Capaian SMT II
		2025	2026	2027	2028	2029		
1.	Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4 layanan	7 layanan	10 layanan	13 layanan	15 layanan	4 layanan	100%

Realisasi kinerja pada semester II tahun 2025 sebesar 4 layanan sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 4 layanan. Secara kumulatif, capaian kinerja pada semester II tahun 2025 telah mencapai 100%. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja tahun ini telah *on-track* dengan target jangka menengah yang tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029.

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

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

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

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

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Bagian dari program prioritas nasional (BGSi)	Belum tersedia pedoman teknis termasuk peran konseling genetika	Potensi penurunan beban penyakit katastrofik (deteksi dini dan pemilihan terapi yang presisi)	DPJP belum optimal dalam penyampaian hasil farmakogenomika
Ketertarikan RS dalam pengembangan layanan kedokteran presisi	Efisiensi anggaran sektor Kesehatan, termasuk BGSi	Pengembangan pelayanan kedokteran presisi dengan metode PCR	
	Layanan kedokteran presisi memanfaatkan pemeriksaan genetika menggunakan metode sequencing, dengan biaya relatif tinggi		

8. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi penggunaan sumber daya adalah faktor utama untuk mencapai kinerja yang optimal. Pemanfaatan sumber daya secara tepat dan hemat tidak hanya memastikan anggaran dan tenaga kerja dipakai secara terarah, tetapi juga mengurangi pemborosan serta meningkatkan produktivitas. Dengan mengelola sumber daya secara efisien, organisasi dapat mencapai target kinerja dengan biaya dan waktu yang lebih rendah, sekaligus mempertahankan kualitas hasil yang diharapkan. Berikut adalah Pagu dan Realisasi atas KRO yang mendukung pencapaian indikator Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi:

Kegiatan	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Pedoman Pelayanan Kedokteran	Rp64.000.000	-	Rp64.000.000	Rp63.822.300 (99,72%)

Presisi				
Pendampingan Teknis RS Penyelenggara Kedokteran Presisi	Rp114.140.000	-	Rp114.140.000	Rp113.807.786 (99,71%)
Penetapan Perizinan Biomedis	Rp103.040.000	-	Rp103.040.000	Rp102.160.288 (99,15%)
Pedoman Standar Usaha Pengelolaan dan Penyimpanan Sel dan/atau Sel Punca	Rp111.865.000	-	Rp111.865.000	Rp110.054.502 (98,38%)
Pendampingan Teknis RS dalam Pengembangan Sel Punca dan Sel	Rp328.980.000	-	Rp328.980.000	Rp328.721.318 (99,92%)
Implementasi Pengolahan dan Penyimpanan Sel dan/atau Sel Punca di Bank dan Laboratorium sesuai Standar	Rp139.900.000	-	Rp139.900.000	Rp124.049.354 (88,67%)
Pemantauan Fasyankes yang Mengembangkan Pelayanan Rujukan Berbasis Terapi sesuai Standar	Rp104.140.000	-	Rp104.140.000	Rp98.167.177 (94,26%)
Implementasi pelayanan transplantasi organ dan/atau	Rp279.640.000	-	Rp279.640.000	Rp254.515.506 (91,02%)

jaringan tubuh di fasyankes sesuai standar				
Pedoman standar usaha penyelenggaraan bank mata	Rp89.440.000	-	Rp89.440.000	Rp74.180.000 (82,94%)

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dan belum dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja:

- Melaksanakan penyusunan NSPK sebagai acuan penyelenggaraan pemanfaatan teknologi biomedis yaitu penyimpanan dan pengelolaan serta pengalihan dan penggunaan material.
- Melaksanakan penyusunan NSPK sebagai acuan penyelenggaraan kedokteran presisi pada fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau laboratorium pemeriksaan dan analisis genetika.
- Melaksanakan Bimbingan Teknis dan Supervisi terhadap 10 rumah sakit jejaring koordinator hub program BGS1.
- Penyelenggaraan *workshop* kedokteran presisi yang dihadiri rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan serta rumah sakit milik Pemerintah Provinsi atau Daerah.

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

Pertumbuhan jumlah RS yang sudah memiliki minimal 1 *Clinical Pathway*/Panduan Praktik Klinis (PPK) berdasarkan hasil penelitian translasional yang sudah ditetapkan oleh pimpinan RS.

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah:

Pertumbuhan jumlah RS yang sudah memiliki minimal 1 *Clinical Pathway*/Panduan Praktik Klinis (PPK) berdasarkan hasil penelitian translasional yang sudah ditetapkan oleh pimpinan RS

Penjelasan:

Data capaian diambil dari RS yang telah memiliki minimal 1 *Clinical Pathway*/Panduan Praktik Klinis (PPK) yang disusun berdasarkan hasil penelitian translasional dan telah

ditetapkan oleh pimpinan RS.

3. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja semester II tahun 2025 untuk indikator pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional:

Indikator	2025		
	Target	Realisasi SMT II	Capaian
Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10 RS	10 RS	100%

Target tahun 2025 ditetapkan sebesar 10 RS dan realisasi pada tahun 2025 telah tercapai sebesar 10 RS, sehingga tingkat pencapaian indikator mencapai 100%. Capaian ini diperoleh dari RS yang telah menerapkan hasil penelitian translasional ke dalam pelayanan melalui penetapan minimal 1 (satu) *Clinical Pathway*/Panduan Praktik Klinis (PPK) yang disahkan oleh pimpinan RS. Berdasarkan hasil pengumpulan data daftar rumah sakit yang telah melakukan penetapan *Clinical Pathway*/Panduan Praktik Klinis (PPK) berdasarkan hasil riset translasional, yaitu: RSUP Dr. Hasan Sadikin, RSUP Prof. Dr. IGNG Ngoerah, RS Mata Makassar, RS Mata Cicendo, RSPI Sulianti Saroso, RSUP Fatmawati, RSPON, RSUP Dr. Sitanala, RSUP Dr. Soeradji, dan RSAB Harapan Kita.

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

Realisasi indikator pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional tidak dapat dibandingkan dengan capaian kinerja tahun sebelumnya karena merupakan indikator baru pada Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029.

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

No	Indikator	Target					Realisasi SMT II	Capaian SMT II
		2025	2026	2027	2028	2029		
1.	Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional	10 RS	25 RS	50 RS	100 RS	174 RS	10 RS	100%

Realisasi kinerja pada semester II tahun 2025 sebesar 10 RS dan sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 10 RS. Dengan demikian, secara kumulatif capaian kinerja pada semester II tahun 2025 telah mencapai 100%. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja tahun ini telah *on-track* dengan target jangka menengah yang tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029.

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

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

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

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

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Penelitian menjadi salah satu fungsi RS berdasarkan PP Nomor 28 Tahun 2024	Belum meratanya kapasitas SDM dan infrastruktur antar RS	Meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan berbasis <i>evidence-based</i>	Perubahan kebijakan atau prioritas anggaran yang dapat menghambat keberlanjutan program
Adanya kolaborasi INA-CRC	Pemahaman pimpinan RS terhadap nilai tambah penelitian masih terbatas	Dukungan pengembangan penelitian di RS dalam agenda transformasi sistem kesehatan	Adanya efisiensi anggaran yang terjadi di semua sektor
Beberapa RS telah memiliki SDM klinisi-peneliti yang kompeten dan berpengalaman dalam penelitian	Keterbatasan pendanaan khusus untuk kegiatan riset baik yang bersumber dari alokasi anggaran internal RS maupun dukungan pendanaan dari pemerintah	Peluang pendanaan riset dan inovasi dari kerja sama internasional	
	Ketidakhahaman peneliti dan manajemen RS terhadap proses hilirisasi penelitian menjadi standar		

	layanan yang dapat diimplementasikan secara berkelanjutan di RS		
--	---	--	--

8. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi penggunaan sumber daya adalah faktor utama untuk mencapai kinerja yang optimal. Pemanfaatan sumber daya secara tepat dan hemat tidak hanya memastikan anggaran dan tenaga kerja dipakai secara terarah, tetapi juga mengurangi pemborosan serta meningkatkan produktivitas. Dengan mengelola sumber daya secara efisien, organisasi dapat mencapai target kinerja dengan biaya dan waktu yang lebih rendah, sekaligus mempertahankan kualitas hasil yang diharapkan. Berikut adalah Pagu dan Realisasi atas KRO yang mendukung pencapaian indikator pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional:

Kegiatan	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Pendampingan Teknis RS Penyelenggara Penelitian Klinik	Rp185.800.000	-	Rp185.800.000	Rp167.328.509 (90,06%)
Layanan Komisi Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional	Rp211.600.000	-	Rp211.600.000	Rp0 (0%)

9. Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian kinerja

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja:

- Menyusun instrumen penilaian CRU sesuai standar serta terlibat dalam penyusunan Survei Pemetaan Kapasitas Sentra Uji Klinik Tahun 2025.
- Menyusun dan mensosialisasikan instrumen pendataan hasil riset translasional di RS Vertikal Kemenkes.
- Melaksanakan kegiatan Pendampingan Teknis RS Penyelenggara Penelitian Klinik, meliputi koordinasi, workshop dengan tema "From Bench to Bedside: Penguatan Layanan Kesehatan melalui Riset Translasional" serta bimbingan teknis.
- Koordinasi dan kolaborasi yang baik antar direktorat, unit pelaksana teknis yaitu Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan serta IASMED.

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).

Penjelasan:

Clinical Research Unit (CRU) RS merupakan unit yang dibentuk di setiap rumah sakit penyelenggara penelitian klinik, baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun swasta. CRU bertugas mengelola pelaksanaan penelitian klinik di lingkungan rumah sakit. (Kepdirjen Kesehatan Lanjutan 1782/2025)

Good Clinical Practice (GCP) atau Cara Uji Klinik yang Baik (CUKB) adalah suatu standar kualitas etik dan ilmiah internasional untuk mendesain, melaksanakan, mencatat, dan melaporkan Uji Klinik yang melibatkan partisipasi subjek manusia (PerBPOM 8/2024)

2. Cara Perhitungan

Jumlah *Clinical Research Unit* (CRU) rumah sakit yang tersertifikasi berdasarkan standar *Good Clinical Practice* (GCP).

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

Jumlah Clinical Research Unit (CRU) rumah sakit yang tersertifikasi berdasarkan standar Good Clinical Practice (GCP)
--

Penjelasan:

Data capaian diambil dari CRU RS yang memenuhi tersertifikasi standar *Good Clinical Practice* (GCP).

3. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja semester II tahun 2025 untuk indikator Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP:

Indikator	2025		
	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3 RS	3 RS	100%

Target capaian kinerja indikator jumlah *Clinical Research Unit* (CRU) yang sudah memenuhi standar *Good Clinical Practice* (GCP) di tahun 2025 adalah 3 rumah sakit. Per semester II tahun 2025 terdapat 3 rumah sakit dengan *Clinical Research Unit* (CRU) yang telah memenuhi standar *Good Clinical Practice* (GCP), yaitu: CRU RSPi Sulianti Saroso, RSUP Prof. Dr. Kandou, dan CRU RSUP H. Adam Malik. Maka dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja tahun 2025 adalah 100%.

Proses pemenuhan capaian indikator adalah melalui pelaksanaan pendampingan dan asesmen kesesuaian *Clinical Research Unit* (CRU) rumah sakit terhadap standar *Good Clinical Practice* (GCP). Rumah sakit yang memenuhi standar selanjutnya ditetapkan melalui sertifikasi

berupa surat keterangan dari Ditjen Kesehatan Lanjutan sebagai RS yang memenuhi standar GCP. Adapun ruang lingkup pengukuran indikator meliputi rumah sakit milik pemerintah maupun swasta.

4. 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 satu 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.

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

No	Indikator	Target					Realisasi SMT II	Capaian SMT II
		2025	2026	2027	2028	2029		
1.	Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	3 RS	6 RS	9 RS	12 RS	15 RS	3 RS	100%

Realisasi kinerja pada semester II tahun 2025 sebanyak 3 *Clinical Research Unit* (CRU) sudah memenuhi standar *Good Clinical Practice* (GCP) sehingga realisasi ini telah memenuhi target yang ditetapkan pada tahun 2025. Secara kumulatif, capaian kinerja pada semester II tahun 2025 telah mencapai 100%. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja tahun ini telah *on-track* dengan target jangka menengah yang tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029.

6. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

Belum ada data pembandingan secara nasional terkait CRU yang sudah memiliki standar GCP sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi kinerja.

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

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

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
GCP menjadi acuan internasional dalam penyelenggaraan penelitian klinik, sehingga memberikan	Keterbatasan anggaran rumah sakit dalam pengembangan CRU menyebabkan pemenuhan standar	Adanya fasilitasi pembinaan dan pendampingan teknis dari INA-CRC dengan melibatkan IASMED	Tingkat komitmen dan prioritas manajemen rumah sakit terhadap pengembangan CRU dapat menghambat

kerangka kerja yang jelas bagi CRU dalam membangun sistem, tata kelola, dan mutu penelitian	GCP dilakukan secara bertahap dan belum merata		percepatan pemenuhan standar GCP
Tersedia regulasi acuan yang menjelaskan standar minimal CRU yaitu KMK No HK.01.07/MENKES/1458/2023, sehingga rumah sakit memiliki pedoman baku dalam pembentukan dan pengembangan CRU	Keterbatasan kapasitas manajerial dan teknis CRU dalam mengimplementasikan standar GCP secara menyeluruh	Peluang kerja sama dengan sponsor penelitian, industri, dan mitra akademik yang mensyaratkan pemenuhan standar GCP, sehingga mendorong CRU untuk memenuhi standar tersebut	

8. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi penggunaan sumber daya adalah faktor utama untuk mencapai kinerja yang optimal. Pemanfaatan sumber daya secara tepat dan hemat tidak hanya memastikan anggaran dan tenaga kerja dipakai secara terarah, tetapi juga mengurangi pemborosan serta meningkatkan produktivitas. Dengan mengelola sumber daya secara efisien, organisasi dapat mencapai target kinerja dengan biaya dan waktu yang lebih rendah, sekaligus mempertahankan kualitas hasil yang diharapkan. Berikut adalah Pagu dan Realisasi atas KRO yang mendukung pencapaian indikator Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP:

Kegiatan	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Pendampingan dan Pembinaan CRU RS	Rp 121.728.000	0	Rp 121.728.000	Rp 120.517.712
Pelatihan good clinical practice untuk peningkatan CRU Rumah Sakit	Rp 733.457.000	0	Rp733.457.000	Rp731.976.734 (99.79%)

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP **melalui anggaran BB Binomika** adalah Rp 855.185.000,- dengan alokasi pendampingan dan pembinaan CRU RS terjadi penambahan lokus 3 RS yakni RS Fatmawati, RS Hasan Sadikin Bandung dan RS Ngoerah, Bali.

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja:

- a. Menyelenggarakan survei untuk Pemetaan Kapasitas Sentra Uji Klinik terkait kesiapan RS dalam menyelenggarakan uji klinis sesuai standar GCP.
 - b. Koordinasi dan kolaborasi antara Direktorat PPKR dengan INA CRC BB Binomika serta IASMED dalam penyelenggaraan pelatihan dan pendampingan teknis rumah sakit
 - c. Pelaksanaan pelatihan dan sertifikasi GCP bagi peneliti CRU rumah sakit yang difasilitasi oleh INA CRC, BB Binomika sebagai upaya peningkatan kompetensi sumber daya manusia penelitian klinik
 - d. Pemanfaatan dukungan pendanaan dari Global Fund untuk memperluas cakupan pelatihan dan sertifikasi GCP
- i. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas (Dit. PPKR)**

Indikator program ini merupakan indikator tahun 2024 yang tetap digunakan di tahun 2025 sesuai Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025 – 2029, hal ini dikarenakan terdapat anggaran blokir di kegiatan yang mendukung indikator tersebut, namun tupoksi terkait indikator sudah tidak menjadi tanggung jawab Ditjen Kesehatan Lanjutan sesuai dengan terbitnya Permenkes Nomor 21/2024

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) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Target capaian kinerja indikator Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas di tahun 2025 adalah sebesar 84,17% dari jumlah Puskesmas di wilayah perkotaan. 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 100%. **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.

Indikator	2025		
	Target	Realisasi	Capaian
Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	84,17%	84,17%	100%

4) 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 21 Tahun 2024 menyebabkan terjadinya perubahan indikator pada unit teknis sejalan dengan terbitnya Permenkes Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025-2029. Penetapan target indikator “Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas” tahun 2025 dilakukan berdasarkan capaian pada periode sebelumnya. Hal ini disebabkan indikator ini sudah tidak relevan dengan struktur organisasi yang baru dan belum dapat dilakukan reorganisasi indikator dikarenakan adanya tagging terhadap alokasi blokir anggaran tahun 2025. Indikator kegiatan program ini merupakan indikator tahun 2024 yang tetap digunakan di tahun 2025 karena tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025 – 2029, namun menurut rincian tupoksi substansi indikator sudah berpindah ke lintas program di unit eselon I lain.

Indikator	2022			2023			2024			2025		
	Target	Realisasi	Capaian (%)	Target	Realisasi	Capaian (%)	Target	Realisasi	Capaian (%)	Target	Realisasi	Capaian (%)
Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan	20	20,1	100	60	60,2	100	80	84,17	105,2	84,17	84,17	100

program prioritas												
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Berdasarkan Permenkes Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025-2029, bahwa indikator “Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas” hanya berlaku sampai tahun 2025. Maka dari itu tidak dapat dilakukan perbandingan antara realisasi kinerja dengan target jangka menengah pada dokumen Renstra Kemenkes.

6) 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.

7) Analisis atas efisiensi penggunaan 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.

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

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.

j. Persentase Faskes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas (Dit. MPKR)

Indikator ini digunakan untuk mengukur tingkat pemenuhan standar pelayanan kesehatan berkualitas pada fasilitas kesehatan lanjutan melalui penerapan *clinical pathway* sebagai bagian dari pelaksanaan tanggung jawab negara dalam menjamin hak masyarakat atas pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) serta Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan bahwa pelayanan kesehatan harus diselenggarakan

secara bermutu, aman, dan berkesinambungan.

Pemenuhan standar pelayanan kesehatan berkualitas juga mendukung implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) sektor kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Selain itu, standar mutu pelayanan pada fasilitas kesehatan lanjutan mengacu pada ketentuan teknis Kementerian Kesehatan yang mencakup aspek tata kelola, pelayanan klinis, sumber daya manusia, serta mutu dan keselamatan pasien. Capaian indikator ini menjadi tolok ukur penting dalam menilai kinerja dan kesiapan fasilitas kesehatan lanjutan dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar nasional.

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) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 3.8 Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian	Persentase Realisasi	Keterangan
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan	50%	40,1%	80,2%	Pelaporan Via Gform (Sistem dalam pengembangan)

	berkualitas				
--	-------------	--	--	--	--

Sumber data: Data dihimpun melalui GForm (2025)

Pada tahun 2025, target yang ditetapkan untuk indikator ini sebesar 50%, sedangkan capaian yang berhasil diraih mencapai 40,1%. Dengan demikian, persentase realisasi terhadap target yang ditetapkan adalah sebesar 80,2%. Data capaian indikator ini dihimpun melalui mekanisme pelaporan menggunakan GForm, yang saat ini masih berada dalam tahap pengembangan sistem.

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

Indikator Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas memiliki pencapaian per semester untuk tahun 2025 sebagai berikut.

Tabel 3.9 Capaian Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian Sem. I 2025	Capaian Sem. II 2025
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50%	N/A	40,1%

Sumber data: Data dihimpun melalui GForm (2025)

Perbandingan dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan untuk melibatkan beberapa tahun terakhir dikarenakan pencapaian kinerja baru mulai tersedia pada tahun 2025 (indikator baru). Untuk menunjang ketersediaan data di masa mendatang pun diperlukan pengembangan sistem informasi pelaporan indikator ini (direncanakan akan diintegrasikan dengan Sistem Pelaporan Indikator Nasional Mutu).

Adapun berdasarkan data di atas, pencapaian indikator ini gagal untuk dicapai (hanya mencapai sebesar 40,1% dari target 50%). Sejumlah hal dapat menjadi faktor, di antaranya: (1) masih terdapat rumah sakit sebagai pengampu yang belum memiliki ketersediaan sumber daya (sarana, prasarana, dan SDM) dalam penyelenggaraan pelayanan prioritas, sehingga belum menyusun dan menerapkan *Clinical Pathway*; (2) belum tersedia sistem informasi pelaporan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN); saat ini pelaporan masih dilakukan menggunakan *Google Form*; dan (3) pada pelaksanaannya, laporan yang diterima oleh Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan sudah melampaui target 50%, namun masih terdapat RS yang belum melengkapi data dukung yang dibutuhkan sehingga pelaporan tersebut dieksklusi dari pencapaian indikator ini untuk mempertahankan definisi

operasional yang ditetapkan, hal ini pun mengindikasikan sangat perlunya sistem informasi pelaporan untuk keseragaman data dan agar tidak ada data dukung yang terlewat.

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

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

Tabel 3.10 Capaian Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas 2025 dibandingkan target jangka menengah

No	Indikator Target	Target					Realisasi Capaian 2025	Persentase Realisasi Capaian Terhadap Target 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		
1	Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50%	55%	60%	65%	70%	40,1%	80,2%

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 40,1%, dari target tahunan sebesar 50%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja saat ini telah berada dalam jalur yang sesuai, meskipun belum memenuhi target tahun 2025, mengingat ini adalah indikator baru dan persentase realisasinya sudah mencapai 80,2% dari total target 2025. Namun demikian, terdapat tantangan yang lebih besar untuk mencapai target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029, karena diperlukan konsistensi pencapaian (penerapan *clinical pathway*) untuk mencapai target yang meningkat di setiap tahunnya.

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

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

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

Analisis dari pencapaian kinerja baru dapat dilakukan untuk membandingkan capaian dengan target 2025, karena belum dapat terlihat peningkatan/ penurunannya mengingat ini adalah indikator baru. Berdasarkan capaian yang telah ditampilkan, target indikator ini gagal

dicapai untuk tahun 2025. Adapun faktor penyebab kegagalan pencapaian dimaksud di antaranya:

- Masih terdapat rumah sakit sebagai pengampu yang belum memiliki ketersediaan sumber daya (sarana, prasarana, dan SDM) dalam penyelenggaraan pelayanan prioritas, sehingga belum menyusun dan menerapkan *Clinical Pathway*.
- Belum tersedia sistem informasi pelaporan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN); saat ini pelaporan masih dilakukan menggunakan *Google Form*.
- Pada pelaksanaannya, laporan yang diterima oleh Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan sudah melampaui target 50%, namun masih terdapat RS yang belum melengkapi data dukung yang dibutuhkan sehingga pelaporan tersebut dieksklusi dari pencapaian indikator ini untuk mempertahankan definisi operasional yang ditetapkan, hal ini pun mengindikasikan sangat perlunya sistem informasi pelaporan untuk keseragaman data dan agar tidak ada data dukung yang terlewat. Menindaklanjuti penyebab kegagalan pencapaian di atas, berikut adalah alternatif solusi yang telah dilakukan dalam mengatasi kegagalan tersebut:

- Melakukan koordinasi dengan unit kerja terkait (Direktorat Pelayanan Klinis dan Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan) dalam rangka pemenuhan sumber daya pada rumah sakit pengampu.
- Berkoordinasi dengan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan perihal rencana sistem pelaporan indikator Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas yang akan diintegrasikan dengan Sistem Pelaporan Indikator Nasional Mutu.

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi sumber daya merupakan faktor kunci dalam mencapai kinerja yang optimal. Pemanfaatan sumber daya secara efektif dan efisien tidak hanya memastikan penggunaan anggaran dan tenaga kerja yang tepat sasaran, tetapi juga meminimalkan pemborosan dan meningkatkan produktivitas. Dengan mengelola sumber daya secara efisien, organisasi dapat mencapai target kinerja dengan biaya yang lebih rendah dan waktu yang lebih singkat, sekaligus menjaga kualitas hasil yang diharapkan. Berikut ini Pagu dan Realisasi atas KRO/RO/Komponen yang mendukung pencapaian indikator persentase fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas:

Tabel 3.11 Kegiatan yang mendukung Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas tahun 2025

Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Tersedia	Realisasi
5836.AEF.001.051.BB Pengembangan Standarisasi untuk peningkatan Kualitas Layanan Rumah Sakit Pemerintah	Rp 795.252.000	Rp 576.550.000	Rp 547.807.640
Total	Rp 795.252.000	Rp 576.550.000	Rp 547.807.640

Merujuk informasi pada tabel yang telah ditampilkan, indikator Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas memiliki pagu awal sebesar Rp 795.252.000,- yang kemudian mendapat kebijakan untuk efisiensi anggaran menjadi Rp 576.550.000,- dan nilai realisasi sebesar Rp 547.807.640,-. Dengan demikian dapat ditampilkan tabel efisiensi pencapaian indikator sebagai berikut.

Tabel 3.12 Tabel Efisiensi pencapaian indicator Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas tahun 2025

IKP	Pagu Awal	Capaian Output/Target Output*100%	Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)	Realisasi Anggaran	{Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)} / Pagu Awal
Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	795.252.000	0,80	637.792.104	547.807.640	0,11

Berdasarkan tabel di atas, terjadi efisiensi sumber daya dalam capaian indikator sebesar 11%. Efisiensi ini diperoleh dari angka realisasi capaian yang telah mencapai 80% dari target dan pagu terakhir yang telah mendapatkan efisiensi dari pagu awal. Selain itu, bentuk efisiensi sumber daya dalam pencapaian indikator tersebut juga didukung dengan pelaksanaan kegiatan dengan alternatif sebagai berikut.

- melakukan sosialisasi secara daring,
- memanfaatkan media *google form* selama sistem pelaporan dalam proses pengembangan,
- melakukan monitoring dan evaluasi secara daring.

9) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Dalam upaya mencapai target yang telah ditetapkan, dilakukan program/kegiatan sebagai berikut.

- 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 Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, 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 Pengampuan KJSU KIA dan Non KJSU, penerapan panduan praktik klinik 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 pengampuan 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.

Pada pelaksanaannya, seluruh program/kegiatan yang telah dilakukan masih belum berhasil untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Namun, pencapaian target yang telah menyentuh angka 80% dari target 2025, menunjukkan pencapaian yang cukup selaras bagi indikator yang masih baru dan belum memiliki sistem informasi pelaporan yang terintegrasi. Hal demikian akan menjadi poin penting untuk ditindaklanjuti pada tahun berikutnya, agar sistem pelaporan dapat diintegrasikan dan target yang ditetapkan untuk 2026 hingga 2029 dapat tercapai.

k. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna (Dit. MPKR)

Indikator ini mengukur tingkat pemenuhan standar mutu dan keselamatan pasien pada rumah sakit pemerintah melalui mekanisme akreditasi. Kewajiban akreditasi rumah sakit diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang mewajibkan setiap rumah sakit menjamin mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

Pelaksanaan akreditasi rumah sakit secara teknis diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit, yang menetapkan standar, tahapan, serta penilaian akreditasi berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS). Status akreditasi paripurna menunjukkan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar tertinggi dalam aspek tata kelola organisasi, pelayanan klinis, keselamatan pasien, dan peningkatan mutu berkelanjutan. Oleh karena itu, capaian indikator ini menjadi cerminan kualitas pelayanan rumah sakit pemerintah dan akuntabilitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan.

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 dikali 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) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 3.13 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%	38,47%	101,25%	Target 2025 telah tercapai

Sumber data: SINAR (Desember, 2025)

Pada tahun 2025, target yang ditetapkan untuk indikator ini sebesar 38%, dan capaian yang berhasil diraih sebesar 38,47%. Dengan demikian, persentase realisasi terhadap target

yang ditetapkan adalah sebesar 101,25%. Data capaian indikator ini diperoleh dari Sistem Informasi Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SINAR) pada akhir tahun 2025, dengan berdasar pada Standar Akreditasi Rumah Sakit terbaru yang telah ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tahun 2024.

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

Indikator Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna memiliki pencapaian per semester untuk tahun 2025 sebagai berikut.

Tabel 3.14 Capaian Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian Sem. I 2025	Capaian Sem. II 2025
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	38%	37,8%	38,47%

Sumber data: SINAR (2025)

Perbandingan dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan untuk melibatkan beberapa tahun terakhir dikarenakan pencapaian kinerja Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna yang sesuai dengan Renstra Kementerian Kesehatan 2025-2029 baru mulai tersedia pada tahun 2025. Hal demikian disebabkan oleh standar akreditasi rumah sakit yang terbaru diterbitkan pada akhir tahun 2024 melalui Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tahun 2024. Kemudian, jika dilihat secara perkembangannya, dari setiap triwulan terjadi peningkatan, namun tidak signifikan. Hal demikian disebabkan oleh sedikitnya jumlah rumah sakit yang habis masa berlaku sertifikat akreditasinya pada tahun 2025, sehingga peningkatan jumlah rumah sakit pemerintah yang reakreditasi pun tidak begitu besar. Pada perkembangannya, diproyeksikan peningkatan jumlah RS pemerintah terakreditasi paripurna akan meningkat cukup signifikan pada periode 2026 s.d. 2028, sesuai dengan target yang ditetapkan pada Renstra Kementerian Kesehatan 2025-2029.

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

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

Tabel 3.15 Capaian Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna 2025 dibandingkan target jangka menengah

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

		2025	2026	2027	2028	2029	Capaian 2025	Realisasi Capaian Terhadap Target 2025
1	Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	38%	45%	60%	75%	85%	38,47%	101,25%

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 38,47%, dari target tahunan sebesar 38%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja saat ini telah berada dalam jalur yang sesuai dengan tercapainya target tahun 2025. Namun demikian, terdapat tantangan yang lebih besar untuk mencapai target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029, karena diperlukan upaya yang lebih agar pencapaian target sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit yang terbaru (Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024) bagi setiap Rumah Sakit yang melaksanakan akreditasi ataupun reakreditasi.

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

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

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

Berdasarkan capaian yang telah ditampilkan pada poin-poin sebelumnya, target indikator ini berhasil dicapai untuk tahun 2025. Adapun faktor penyebab keberhasilan pencapaian dimaksud di antaranya:

- Penguatan sistem penyelenggaraan akreditasi melalui penyusunan kebijakan-kebijakan termasuk kebijakan pembiayaan.
- Pengoordinasian kebijakan dan implementasi dengan lintas program, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait akreditasi di Rumah Sakit.
- Pelaksanaan Peningkatan Kompetensi surveiyor melalui Pelatihan Surveior dan Uji Kompetensi.
- Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan (Fasyankes dan Lembaga Penyelenggara Akreditasi).
- Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk mendorong budaya mutu di fasyankes rujukan.

- Pengembangan sistem informasi data mutu dan akreditasi Rumah Sakit terintegrasi.

Menindaklanjuti keberhasilan pencapaian di atas, berikut hal-hal yang telah dilakukan agar keberhasilan pencapaian tersebut dapat dipertahankan di antaranya:

- Memberikan himbauan kepada RS untuk implementasi RME 100%.
- Melakukan peningkatan kapasitas SDM.
- Melakukan sosialisasi standar akreditasi menuju RS terakreditasi paripurna.

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi dalam pengelolaan sumber daya merupakan salah satu determinan utama dalam pencapaian kinerja yang optimal. Pemanfaatan sumber daya secara tepat guna dan berdaya guna tidak hanya menjamin penggunaan anggaran dan tenaga kerja secara efektif, tetapi juga berkontribusi dalam menekan potensi pemborosan serta meningkatkan tingkat produktivitas. Melalui pengelolaan sumber daya yang efisien, organisasi mampu mencapai sasaran kinerja secara lebih ekonomis dan tepat waktu, tanpa mengurangi mutu hasil yang telah ditetapkan. Berikut ini Pagu dan Realisasi atas KRO/RO/Komponen yang mendukung pencapaian indikator persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna:

Tabel 3.16 Kegiatan yang mendukung persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna tahun 2025

Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Tersedia	Realisasi
5836.ABG.001 Rekomendasi Penerapan Budaya Keselamatan dan Penanganan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit dan Unit Pengelola Darah	-	Rp 152.805.000	Rp 152.414.585
5836.BDB.007 Penerapan Survei Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit dan Unit Pengelola Darah	-	Rp 35.055.000	Rp 32.480.000
5836.BKC.001 Pemantauan dan Evaluasi Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	Rp 500.420.000	Rp 44.250.000	Rp 44.243.550
5836.PDE.001 Rumah Sakit Terakreditasi paripurna	Rp 499.005.000	Rp 135.985.000	Rp 125.011.638
5836.PFA.001 Standar Akreditasi RS Kapal	Rp 142.378.000	Rp 106.440.000	Rp 72.920.389

Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Tersedia	Realisasi
5836.AEF.001.051.CC Sosialisasi Standar Akreditasi Rumah Sakit (KMK No. 1596 Thn 2024)	-	Rp 632.890.000	Rp 630.210.179
Total	Rp 1.141.803.000	Rp 1.107.425.000	Rp 1.057.280.341

Merujuk informasi pada tabel yang telah ditampilkan, indikator persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna memiliki pagu awal sebesar Rp 1.141.803.000,- yang kemudian mendapat kebijakan untuk revisi serta efisiensi anggaran menjadi Rp 1.107.425.000,- dan nilai realisasi sebesar Rp 1.057.280.341,-. Dengan demikian dapat ditampilkan tabel efisiensi pencapaian indikator sebagai berikut.

Tabel 3.17 Tabel Efisiensi pencapaian indikator Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna tahun 2025

IKP	Pagu Awal	Capaian Output/Target Output*100%	Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)	Realisasi Anggaran	{Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)} / Pagu Awal
Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	1.141.803.000	1,01	1.155.925.300,26	1.057.280.341	0,086

Berdasarkan tabel di atas, terjadi efisiensi sumber daya dalam capaian indikator sebesar 8,6%. Efisiensi ini diperoleh dari angka realisasi capaian yang telah mencapai 101,25% dari target dan pagu terakhir yang telah mendapatkan efisiensi dari pagu awal diterbitkan. Selain itu, bentuk efisiensi sumber daya dalam pencapaian indikator tersebut juga didukung dengan pelaksanaan 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.

9) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Dalam upaya mencapai target yang telah ditetapkan, dilakukan program/kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian sebagai berikut.

- 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.

I. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar (Dit. MPKR)

Indikator ini merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan klinis dan pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit pemerintah. Pemberian antibiotik secara rasional dan sesuai standar merupakan kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan bahwa pelayanan medis harus dilaksanakan berdasarkan standar profesi, standar prosedur operasional, dan bukti ilmiah.

Secara khusus, pengendalian penggunaan antibiotik di rumah sakit diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) di Rumah Sakit, serta didukung oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kepatuhan rumah sakit dalam pemberian antibiotik sistemik empirik sesuai standar mencerminkan kualitas tata laksana klinis, keselamatan pasien, serta komitmen rumah sakit dalam menekan risiko resistensi antimikroba dan meningkatkan efektivitas pengobatan.

1) Definisi Operasional

2) Cara Penghitungan

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

x 100%

Jumlah seluruh RS Pemerintah t-1 dikali 100

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 3.18 Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar 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	10%	9,52%	95,2%	Pelaporan Via Gform (Sistem dalam pengembangan)

Sumber data: Data dihimpun melalui GForm (2025)

Pada tahun 2025, target yang ditetapkan untuk indikator ini sebesar 10%, sedangkan capaian yang berhasil diraih mencapai 9,52%. Dengan demikian, persentase realisasi terhadap target yang ditetapkan adalah sebesar 95,2%. Data capaian indikator ini dihimpun melalui mekanisme pelaporan menggunakan *google form* dan *google spreadsheet*, sedangkan sistem pelaporan yang resmi saat ini masih dalam tahap pengembangan.

Berdasarkan pencapaian tersebut, indikator ini gagal mencapai target tahun 2025 yang disebabkan oleh sejumlah hal di antaranya: (1) belum semua rumah sakit memiliki kemampuan

uji kultur dan antibiogram (Baru 29 RS Kemenkes dan 53 RS milik provinsi); dan (2) tidak semua rumah sakit memanfaatkan PPK (Panduan Praktik Klinis) maupun PPAB (Pedoman Penggunaan Antibiotik).

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

Indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar memiliki pencapaian per semester untuk tahun 2025 sebagai berikut.

Tabel 3.19 Capaian Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian Sem. I 2025	Capaian Sem. II 2025
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	10%	4,10%	9,52%

Sumber data: Data dihimpun melalui GForm (2025)

Perbandingan dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan untuk melibatkan beberapa tahun terakhir dikarenakan pencapaian kinerja baru mulai tersedia pada tahun 2025 (indikator baru). Untuk menunjang ketersediaan data di masa mendatang pun diperlukan pengembangan sistem informasi pelaporan indikator ini (direncanakan akan diintegrasikan dengan Aplikasi Mutufasyankes).

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

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

Tabel 3.20 Capaian Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar tahun 2025 dibandingkan target jangka menengah

No	Indikator Target	Target					Realisasi Capaian 2025	Persentase Realisasi Capaian Terhadap Target 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		
1	Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan	10%	15%	30%	45%	60%	9,52%	95,2%

antibiotik sistemik empirik sesuai standar								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 9,52% dari target tahunan sebesar 10%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja saat ini telah berada dalam jalur yang sesuai, meskipun belum memenuhi target tahun 2025, mengingat ini adalah indikator baru dan persentase realisasinya sudah mencapai 95,2% dari total target 2025. Namun demikian, terdapat tantangan yang lebih besar untuk mencapai target jangka menengah tahun 2026 hingga 2029, karena diperlukan konsistensi pencapaian untuk mencapai target yang meningkat di setiap tahunnya.

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

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

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

Analisis dari pencapaian kinerja baru dapat dilakukan untuk membandingkan capaian dengan target 2025, karena belum dapat terlihat peningkatan/penurunannya mengingat ini adalah indikator baru. Berdasarkan capaian yang telah ditampilkan, target indikator ini gagal dicapai untuk tahun 2025. Adapun faktor penyebab kegagalan pencapaian dimaksud di antaranya:

- Belum semua rumah sakit memiliki kemampuan uji kultur dan antibiogram (Baru 29 RS Kemenkes dan 53 RS milik provinsi),
- Tidak semua rumah sakit memanfaatkan PPK (Panduan Praktik Klinis) maupun PPAB (Pedoman Penggunaan Antibiotik).

Menindaklanjuti penyebab kegagalan pencapaian di atas, berikut adalah alternatif solusi yang telah dilakukan dalam mengatasi kegagalan tersebut:

- Peningkatan kemampuan rumah sakit dalam melakukan uji kultur (dibantu dengan anggaran bersumber hibah luar negeri),
- Sosialisasi pemanfaatan PPK (Panduan Praktik Klinis) dan PPAB (Pedoman Penggunaan Antibiotik) di rumah sakit.

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi pemanfaatan sumber daya merupakan faktor strategis dalam mendukung pencapaian kinerja program secara optimal. Pengelolaan sumber daya yang efektif dan efisien memastikan penggunaan anggaran, sumber daya manusia, dan waktu pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran yang telah ditetapkan, sekaligus mengurangi potensi pemborosan. Dengan tingkat efisiensi yang tinggi, organisasi mampu meningkatkan produktivitas dan mencapai target kinerja secara lebih ekonomis tanpa mengurangi kualitas *output* maupun *outcome* yang dihasilkan. Berikut ini Pagu dan Realisasi atas KRO/RO/Komponen yang mendukung pencapaian indikator persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar:

Tabel 3.21 Kegiatan yang mendukung Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar tahun 2025

Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Tersedia	Realisasi
APBN			
5836.QDB.012 Pembinaan Pelaksanaan AMR dan PPI di Rumah Sakit	Rp 128.628.000	Rp 128.628.000	Rp 113.202.400
5836.QKC.001 Pemantauan Penggunaan Antibiotik dan PGA di Rumah Sakit	Rp 171.372.000	Rp 171.372.000	Rp 168.607.023
Sub Total	Rp 300.000.000	Rp 300.000.000	Rp 281.809.423
Hibah Luar Negeri			
5836.BDB.005.051.BB (HIBAH WHO) Pembinaan Pelaksanaan AMR dan PPI di Rumah Sakit	-	Rp 157.690.000	Rp 140.873.234
Sub Total	-	Rp 157.690.000	Rp 140.873.234
Grand Total	Rp 300.000.000	Rp 457.690.000	Rp 422.682.657

Merujuk informasi pada tabel yang telah ditampilkan, indikator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar sejak awal memiliki pagu anggaran APBN sebesar Rp 300.000.000,-, kemudian nilai realisasi sebesar Rp 281.809.423,-. Kemudian, selain didukung oleh APBN, kegiatan terkait program pengendalian resistansi antimikroba juga didukung oleh hibah luar negeri WHO dengan nilai Rp 157.690.000,- dan realisasi sebesar Rp 140.873.234,-. Dengan demikian dapat ditampilkan tabel efisiensi pencapaian indikator sebagai berikut.

Tabel 3.22 Tabel Efisiensi pencapaian indicator Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar tahun 2025

IKP	Pagu Awal	Capaian Output/Target Output*100%	Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)	Realisasi Anggaran	{Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)} / Pagu Awal
APBN					
Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	300.000.000	0,95	285.600.000	281.809.423	0,0126
APBN + Hibah Luar Negeri					
Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	457.690.000	0,95	435.720.880	422.682.657	0,0285

Berdasarkan tabel di atas, jika hanya menghitung APBN saja, didapat efisiensi sumber daya dalam mencapai indikator sebesar 1,26%. Sedangkan, jika menghitung APBN dan hibah luar negeri, terjadi efisiensi sumber daya dalam mencapai indikator sebesar 2,85%. Angka yang tidak ekstrim ini menunjukkan sudah selarasnya antara capaian indicator dengan realisasi anggaran yang digunakan. Selain itu, bentuk efisiensi sumber daya dalam pencapaian indikator tersebut juga didukung dengan pelaksanaan kegiatan dengan alternatif sebagai berikut.

- melakukan sosialisasi secara daring,
- memanfaatkan media *google form* selama sistem pelaporan dalam proses pengembangan,
- melakukan monitoring dan evaluasi secara daring.

9) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Dalam upaya mencapai target yang telah ditetapkan, dilakukan program/kegiatan sebagai berikut.

- 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.

Pada pelaksanaannya, seluruh program/kegiatan yang telah dilakukan masih belum berhasil untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Namun, pencapaian target yang telah menyentuh angka 95% dari target 2025, menunjukkan pencapaian yang cukup selaras bagi indikator yang masih baru pada periode Renstra 2025-2029. Hal demikian akan menjadi poin penting untuk ditindaklanjuti pada tahun berikutnya, agar target yang ditetapkan untuk 2026 hingga 2029 dapat tercapai.

m. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan (Dit. MPKR)

Indikator tingkat kepuasan pasien digunakan untuk menilai persepsi dan pengalaman pasien terhadap mutu pelayanan yang diterima di fasilitas kesehatan lanjutan. Kepuasan pasien merupakan bagian dari pemenuhan hak pasien sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan bahwa setiap pasien berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan manusiawi.

Ketentuan mengenai hak dan kewajiban pasien serta penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit juga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. Pengukuran tingkat kepuasan pasien menjadi instrumen penting dalam evaluasi mutu pelayanan, perbaikan berkelanjutan, serta peningkatan

akuntabilitas dan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan lanjutan. Adapun dalam penyelenggaraannya, pengukuran tingkat kepuasan pasien merujuk pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik yang kemudian menjadi bagian dari salah satu indikator pada Indikator Nasional Mutu (INM) yang wajib diukur oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan.

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 telah diboboti sesuai jumlah masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi terkait Indeks Kepuasan Pasien dibagi Total seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi nilai Indeks Kepuasan Pasiennya, dikali 100%.

Rumus Perhitungan Indikator ini adalah :

$$\frac{\text{Total skor Indeks Kepuasan Pasien dari setiap fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang telah diboboti sesuai jumlah masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi terkait Indeks Kepuasan Pasien}}{\text{Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang dievaluasi}} \times 100\%$$

3) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Indikator Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan memiliki pencapaian sebagai berikut.

Tabel 3.23 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	90,64	117,71%	Nilai indeks kepuasan: RS = 88,85 Klinik Utama = 92,43 Capaian: $(88,85 + 92,43) / 2 = 90,64$

Sumber data: Aplikasi Mutufasyankes (2025)

Pada tahun 2025, target yang ditetapkan untuk indikator ini sebesar 77, sedangkan capaian yang berhasil diraih mencapai 90,64. Dengan demikian, persentase realisasi terhadap target yang ditetapkan adalah sebesar 117,71%. Data capaian indikator ini dihimpun melalui aplikasi Mutufasyankes dengan bersumber dari survei kepuasan pasien yang dilakukan serta dilaporkan oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan.

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

Indikator Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan memiliki pencapaian per semester untuk tahun 2025 sebagai berikut.

Tabel 3.24 Capaian Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan 2025

Jenis Indikator	Indikator	Target 2025	Capaian Sem. I 2025	Capaian Sem. II 2025
Indikator Kinerja Program (Renstra)	Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan	77	50,69	90,64

Sumber data: Aplikasi Mutufasyankes (2025)

Perbandingan dari pencapaian kinerja belum dapat dilakukan untuk melibatkan beberapa tahun terakhir dikarenakan pencapaian kinerja baru mulai tersedia pada tahun 2025 (indikator baru). Pada penentuan *baseline* target, hasil survei kepuasan pasien di RS tahun 2024 yang memiliki indeks 79,40 dijadikan acuan yang menunjukkan bahwa indeks kepuasan pasien masih belum dapat mencapai angka 80. Berdasarkan hal tersebut juga, nilai 77 dijadikan target 2025 karena fasilitas pelayanan kesehatan yang diukur tidak hanya rumah sakit, namun juga melibatkan Klinik Utama (dengan jumlah yang tentunya lebih banyak) disertai rencana pengukuran menggunakan survei langsung dari Kementerian Kesehatan. Dalam hal perjalanan sepanjang 2025, survei kepuasan pasien tidak dimungkinkan untuk langsung oleh Kementerian Kesehatan disebabkan keterbatasan anggaran. Dengan demikian, komponen kepuasan pasien dari pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dijadikan alternatif sumber data dengan pertimbangan bahwa menggunakan pedoman yang sama (merujuk Permenpan RB No. 14 Tahun 2017 tentang Survei Kepuasan Masyarakat), serta dilakukan dengan metode survei langsung kepada pasien/keluarga pasien.

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

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

Tabel 3.25 Capaian Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan 2025 dibandingkan target jangka menengah

No	Indikator Target	Target					Realisasi Capaian 2025	Persentase Realisasi Capaian Terhadap Target 2025
		2025	2026	2027	2028	2029		
1	Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan	77	78	79	79,5	80	90,64	117,71%

Realisasi kinerja Tahun 2025 telah mencapai 90,64 dari target tahunan sebesar 77. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja saat ini perlu percepatan untuk memenuhi target tahun 2025, mengingat ini adalah indikator baru dan persentase realisasinya baru mencapai 117,71% dari total target 2025.

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

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

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

Analisis dari pencapaian kinerja baru dapat dilakukan untuk membandingkan capaian dengan target 2025, karena belum dapat terlihat peningkatan/penurunannya mengingat ini adalah indikator baru. Berdasarkan capaian yang telah ditampilkan, target indikator ini berhasil dicapai untuk tahun 2025. Adapun faktor penyebab keberhasilan pencapaian dimaksud di antaranya:

- Pembinaan dan pengawasan mutu dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan.
- Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) di fasyankes lanjutan.
- Pengembangan sistem informasi data pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM)

Menindaklanjuti keberhasilan pencapaian di atas, berikut adalah hal yang telah dilakukan dan dapat dipertahankan dalam meraih keberhasilan tersebut:

- Mendorong fasilitas pelayanan kesehatan melaporkan Indeks Kepuasan Pasien secara berkala melalui sosialisasi secara terus-menerus, memberikan feedback setiap bulan kepada fasilitas pelayanan kesehatan, dan diseminasi terkait pelaporan Indikator Nasional Mutu.

- Menyelesaikan RPKM dan turunannya terkait sistem pemberian sanksi.
- Memperjelas pemberian sanksi melalui penurunan status akreditasi.
- Memastikan pelaporan kepuasan pasien berkualitas/sesuai.

8) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

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

Tabel 3.26 Kegiatan yang mendukung Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan tahun 2025

Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Tersedia	Realisasi
5836.AFA.003 Standar Mutu dan Akreditasi Klinik Utama dan Laboratorium Medis	Rp 358.140.000	Rp 194.400.000	Rp 187.770.000
5836.BKC.003 Pemantauan Implementasi Budaya Mutu Keselamatan Pasien di Klinik Utama dan Laboratorium Medis	-	Rp 555.600.000	Rp 554.474.374
5836.PBG.001 Rekomendasi Peningkatan Kepatuhan Pelaporan Indikator Nasional Mutu dan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit dan Unit Pengelola Darah	Rp 426.429.000	Rp 610.535.000	Rp 593.827.783
Total	Rp 784.569.000	Rp 1.360.535.000	Rp 1.336.072.157

Merujuk informasi pada tabel yang telah ditampilkan, indikator Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan memiliki pagu awal sebesar Rp 784.569.000,- yang kemudian mendapat revisi anggaran menjadi Rp 1.360.535.000,- dan nilai realisasi sebesar

Rp1.336.072.157,-. Dengan demikian dapat ditampilkan tabel efisiensi pencapaian indikator sebagai berikut.

Tabel 3.27 Tabel Efisiensi pencapaian indikator Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan tahun 2025

IKP	Pagu Awal	Capaian Output/Target Output*100%	Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)	Realisasi Anggaran	{Pagu Awal*(Capaian Output/Target Output*100%)} / Pagu Awal
Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan	1.360.535.000	1,18	1.601.544.057,14	1.336.072.157	0,1951

Berdasarkan tabel di atas, terjadi efisiensi sumber daya dalam capaian indikator sebesar 19,51%. Efisiensi ini diperoleh dari angka realisasi capaian yakni 117,71% dari target dan pagu terakhir yang telah mendapatkan penambahan dari pagu awal. Selain itu, terdapat pula bentuk efisiensi sumber daya dalam pencapaian indikator tersebut juga didukung dengan pelaksanaan kegiatan dengan alternatif sebagai berikut.

- melakukan sosialisasi secara daring,
- memanfaatkan sistem pelaporan yang sudah ada (Indikator Nasional Mutu),
- melakukan monitoring dan evaluasi secara daring.

9) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan atau kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Dalam upaya mencapai target yang telah ditetapkan, dilakukan program/kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian sebagai berikut.

- 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.

n. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen)

Dalam rangka mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas, Kementerian Kesehatan melaksanakan Survei Kepuasan Pengguna Layanan (SKPL) sebagai

instrumen evaluasi terhadap kinerja pelayanan yang disediakan oleh 8 (delapan) unit utama termasuk di Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan. SKPL Ditjen Keslan Kemenkes dilaksanakan untuk mengukur, menganalisis, serta memberikan kesimpulan dan rekomendasi terkait Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Ditjen Kesehatan Lanjutan.

Indikator ini dilaksanakan terhadap seluruh pengguna layanan, baik internal maupun eksternal, melalui pengukuran tingkat kepuasan berdasarkan survei kepada responden terpilih. Hasil survei tersebut selanjutnya diolah dalam bentuk Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pelaksanaan survei dan perhitungan IKM berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik, beserta peraturan perubahannya

a) Definisi Operasional.

Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan eksternal) di Unit Eselon I yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan –RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait PermenpanRB tersebut.

b) Cara Perhitungan.

Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur pelayanan meliputi Persyaratan; Sistem, Mekanisme dan Prosedur; Waktu Penyelesaian; Biaya/Tarif; Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan; Kompetensi Pegawai; Perilaku Pelaksana; Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan; serta Sarana Prasarana Offline dan Online.

Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert dimana responden memberikan nilai (1) Sangat Tidak Puas sampai dengan (4) Sangat Puas, yang mencerminkan tingkat kepuasan pengguna layanan untuk setiap pertanyaan.

Perhitungan Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Ditjen Keslan dihitung melalui rata-rata skor keseluruhan unsur pelayanan (Persyaratan hingga Sarana dan Prasarana Online) dari seluruh responden valid. Nilai rata-rata tersebut kemudian dikonversi ke skala 25–100 dengan mengalikan hasil perhitungan dengan faktor konversi sebesar 25.

$$\text{Jumlah nilai rata-rata unsur pelayanan} = \frac{\text{Jumlah nilai tiap unsur pelayanan}}{\text{Jumlah responden valid}}$$

$$\text{Indeks Kepuasan Pengguna Layanan} = \frac{\text{Jumlah Nilai rata-rata unsur pelayanan}}{\text{Jumlah unsur pelayanan}}$$

Penjelasan :

Nominator : total nilai rata-rata dari seluruh unsur pelayanan

Denominator : jumlah unsur pelayanan (9 unsur sesuai Permen PANRB)

Tabel ... Perbandingan Nilai Konversi Layanan

Nilai Persepsi	Nilai Interval SKPL (Sesuai Permen PANRB Nomor 14 Tahun 2017)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan	Kinerja Satker
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak baik
2	2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang baik
3	3,0644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 – 4,00	88,31 – 100	A	Sangat baik

Sumber: Permen PANRB Nomor 14 Tahun 2017

c) Membandingkan antara target dan relisasi kinerja tahun ini.

Jika dibandingkan dengan target nilai Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Ditjen Kesehatan Lanjutan tahun 2025 maka presentase capaian adalah sebagai berikut:

Tabel III 1. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun Ini

No.	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	77	77	84,27	109,44%

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja, Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2025 ditetapkan dengan target Renstra sebesar 77 dan Perjanjian Kinerja (PK) sebesar 77. Hingga Triwulan IV, indikator ini berhasil mencapai realisasi sebesar 84,27, dengan tingkat capaian kinerja 109,44%, yang menunjukkan bahwa kinerja layanan telah melampaui target yang ditetapkan.

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

Oleh karena indikator ini baru dalam renstra 2025-2029 sehingga untuk membandingkan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir belum dapat dilakukan.

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

Oleh karena indikator ini baru dalam renstra 2025-2029 sehingga membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi belum dapat dilakukan.

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

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

g) 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 kegiatan. Analisis melalui pendekatan SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats).

Tabel III.2. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Tersedianya regulasi, pedoman teknis sebagai acuan pelaksanaan program/ kegiatan.	Belum meratanya kapasitas SDM di seluruh unit pelaksana, khususnya dalam pengelolaan kinerja dan data.	Kebijakan nasional yang mendorong reformasi birokrasi dan peningkatan kualitas pelayanan publik.	Perubahan kebijakan dan regulasi yang cepat sehingga memerlukan penyesuaian pelaksanaan program.
Dukungan pimpinan serta komitmen unit kerja dalam peningkatan kualitas pelayanan dan pencapaian target kinerja.	Keterbatasan sarana prasarana pendukung di beberapa unit pelayanan.	Perkembangan teknologi digital yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan efektivitas layanan dan pengawasan kinerja.	Keterbatasan anggaran dan refocusing anggaran yang berpotensi menurunkan capaian kinerja.
Pemanfaatan teknologi informasi dalam mendukung proses pelaporan, monitoring, dan evaluasi kinerja.	Masih terdapat keterlambatan dalam penyampaian data dan laporan kinerja.	Meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang berkualitas sebagai pendorong perbaikan berkelanjutan.	Risiko gangguan operasional akibat kondisi eksternal (misalnya bencana, krisis kesehatan, atau dinamika sosial).

h) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.

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

Berikut ini Pagu dan Realisasi atas KRO yang mendukung pencapaian indikator.

Tabel III.3. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Kegiatan (KRO)	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Layanan Hubungan Masyarakat dan Informasi	Rp 891.132.000	Rp 238.773.000	Rp 652.359.000	Rp 633,915,307

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator ini sebesar Rp. 891.132.000,- dimana 26,79 % dari total alokasi anggaran tersebut terblokir dan untuk nilai anggaran yang tersedia sebesar Rp. 652.359.000,-

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dan belum dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja:

1) Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:

- Pelaksanaan Survei Kepuasan Pengguna Layanan (SKPL) berbasis atribut sesuai Permen PANRB nomor 14 tahun 2017 yang mengidentifikasi secara spesifik aspek layanan yang perlu dipertahankan maupun ditingkatkan.
- Kegiatan peningkatan kualitas pelayanan UPT melalui penilaian kualitas pelayanan publik berdasarkan borang Kemenkes, KemenPANRB, dan/atau Ombudsman RI, didukung evaluasi berkala serta pembinaan dan pendampingan, mendorong penerapan standar pelayanan yang lebih konsisten dan peningkatan kualitas layanan kepada pengguna.
- Pengelolaan pengaduan dan permintaan informasi yang dikoordinasikan dengan unit terkait sesuai mekanisme dan ketentuan waktu yang berlaku turut menunjang peningkatan kepuasan pengguna layanan. Kejelasan alur pengaduan, koordinasi lintas

unit, serta penetapan batas waktu penyelesaian memperkuat akuntabilitas pelayanan dan meningkatkan kepercayaan pengguna terhadap responsivitas organisasi.

- Kegiatan pengolahan, penyajian, dan publikasi data serta informasi kesehatan lanjutan melalui kegiatan penyebaran informasi. Ketersediaan informasi yang akurat, transparan, dan mudah diakses memberikan nilai tambah bagi pengguna layanan, sekaligus memperkuat persepsi keterbukaan dan profesionalisme Ditjen Kesehatan Lanjutan.
- Pelaksanaan pengelolaan sistem informasi di lingkungan Kantor Pusat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mendukung efisiensi proses kerja dan kualitas layanan. Pemeliharaan sistem secara berkelanjutan serta pemanfaatan teknologi informasi berkontribusi dalam mempercepat proses layanan dan mendukung pencapaian kepuasan pengguna.

2) Kegiatan yang belum dilaksanakan dalam pencapaian indikator:

- perbedaan kapasitas SDM dan konsistensi tindak lanjut rekomendasi evaluasi di masing-masing UPT masih menjadi faktor yang dapat menghambat pemerataan kualitas layanan publik.
- pengelolaan pengaduan dan permintaan informasi, tingginya volume pengaduan yang masuk serta kompleksitas permasalahan lintas unit pada kondisi tertentu berdampak pada keterlambatan koordinasi tanggapan dan penyelesaian, sehingga mempengaruhi persepsi pengguna terhadap kecepatan dan ketepatan layanan.
- Pada pengolahan dan publikasi data serta informasi kesehatan lanjutan, permintaan data yang bersifat mendadak, ketersediaan data yang diminta, perbedaan format dan kualitas data menjadi kendala yang mempengaruhi ketepatan waktu penyebaran informasi kepada publik atau pemohon informasi.
- pada pengelolaan sistem informasi, keterbatasan integrasi antar sistem serta ketergantungan pada dukungan teknis dan anggaran masih membatasi optimalisasi pemanfaatan teknologi informasi dalam mendukung pelayanan publik secara menyeluruh.

o. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (Setditjen)

Nilai Kinerja Anggaran adalah nilai yang dihasilkan dari pengukuran dan evaluasi kinerja anggaran atas pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-K/L) yang dilakukan oleh Kementerian Keuangan dan/atau pemerintah terkait. Evaluasi ini mencakup

beberapa aspek seperti:

- kualitas perencanaan anggaran,
- efektivitas pelaksanaan kegiatan/output,
- efisiensi penggunaan anggaran,
- serta kesesuaian realisasi dengan perencanaan anggaran yang tertuang dalam dokumen anggaran (seperti RKA-K/L dan DIPA).

a) Definisi Operasional.

Besarnya Nilai Kinerja Anggaran Unit Eselon I diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi eMonev Kementerian Keuangan, yang terdiri dari:

- 1) Kinerja atas perencanaan anggaran diukur berdasarkan efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran. Efektivitas diukur berdasarkan agregasi capaian IKP dan agregasi capaian RO, sedangkan efisiensi diukur berdasarkan agregasi capaian RO dengan mengacu pada ketentuan terkait Standar Biaya yang meliputi:
 - Penggunaan SBK; dan/atau
 - Efisiensi SBK.
- 2) Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran diukur menggunakan instrumen Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA), terdiri atas:
 - Revisi DIPA;
 - Deviasi Halaman III DIPA;
 - Penyerapan Anggaran;
 - Belanja Kontraktual;
 - Penyelesaian Tagihan;
 - Pengelolaan Uang Persediaan dan Tambahan Uang Persediaan (UP dan TUP);
 - Dispensasi Surat Perintah Membayar (SPM); dan
 - Capaian Output.

* Nilai IKPA Satker BLU tidak dilakukan agregasi ke level Unit Eselon I

b) Cara Perhitungan.

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

c) Membandingkan antara target dan relisasi kinerja tahun ini.

Jika dibandingkan dengan target nilai kinerja penganggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan tahun 2025 maka presentase capaian adalah sebagai berikut:

No	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan	92,35	92.35	87.16	94.38

berdasarkan aplikasi monev kemenkeu tahun 2025, Ditjen Kesehatan lanjutan memiliki nilai kinerja sebesar 87.16 atau sebesar 94.36% dari target Renstra maupun PK yang telah ditetapkan, sehingga dengan demikian target Nilai Kinerja Anggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan tahun anggaran 2025 tidak tercapai.

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

No	Indikator Target	Capaian		2025	
		2023	2024	Target	Capaian
1	Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan	89.23	90.40	92,35	87.16

Jika dibandingkan dengan capaian tahun 2023 dan 2024 terjadi penurunan nilai kinerja Anggaran, sebesar 3.24%, dengan berbagai permasalahan yang terjadi, Ditjen Keslan perlu merumuskan strategi dan rencana tindak lanjutnya, agar target di tahun berikutnya dapat tercapai.

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

Indikator	Target 2025	Capaian 2025	Prosentase capaian 2025
Nilai Kinerja Penganggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan	93.15	87.16	93.59

jika dibandingkan dengan target akhir jangka menengah (tahun 2029) ada *gap* capaian sebesar 6.41% yang harus diupayakan oleh Ditjen Keslan sampai dengan tahun 2029 (periode renstra 2025-2029 berakhir)

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

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

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

Capaian nilai kinerja anggaran tahun 2025 mengalami penurunan karena beberapa hal sebagai berikut :

- Blokir anggaran yang cukup signifikan sehingga mempengaruhi capaian output.
- Revisi anggaran yang cukup sering dan tidak disertai dengan perubahan rencana penarikan dana maupun informasi kinerja.
- Penggunaan SBKU yang belum optimal

Solusi yang bisa dilakukan di tahun mendatang :

- pembatasan revisi DJA Satker maksimal 6 kali
- melakukan desk terhadap capaian RO setiap bulan/triwulan
- memberikan feedback kepada satker dengan capaian RO yang rendah

- h) **Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.**

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

sekaligus menjaga kualitas hasil yang diharapkan. Berikut ini Pagu dan Realisasi atas KRO yang mendukung pencapaian indikator.

Output	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Layanan Perencanaan dan Penganggaran	3.446.473.000	3.305.408.910
Layanan Pemantauan dan Evaluasi	623.498.000	568.469.934
Layanan Manajemen Keuangan	1.292.024.000	1.266.999.684
Perencanaan dan Penganggaran Program Transfer Daerah	639.400.000	564.628.245
Fasilitasi Pengelolaan Proyek Penguatan RS Rujukan Nasional dan UPT Vertikal (IsDB) (LR)	36.535.928.000	16.927.984.743
Fasilitasi Pengelolaan Proyek Penguatan Pusat Layanan Kanker Terpadu UPT Vertikal (IsDB) (LR)	24.302.942.000	16.850.186.959
Fasilitasi dan Pembinaan Fasilitasi Pengelolaan Proyek Penguatan RS Layanan KJSU (SIHREN)	38.470.045.000	27.047.538.383

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator ini sebesar Rp.105.310.310.000,- dengan realisasi sebesar Rp. 66.531.216.858,- atau sebesar 63%. Berdasarkan data diatas terdapat efisiensi sumber daya sebagai berikut :

target output	realisasi output	alokasi	realisasi	efisiensi
92.35	87.16	105.310.310.000,-	65.531.216.858,-	138.34%

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dan belum dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja:

- 1) Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:
 - Monitoring secara berkala setiap periode triwulanan
 - Bimbingan dan pendampingan teknis kepada satuan kerja dengan capaian rincian output yang belum optimal
 - Penyampaian umpan balik ke satuan kerja untuk ditindaklanjuti
- 2) Kegiatan yang belum dilaksanakan dalam pencapaian indikator:
 - Pembatasan revisi yang berdampak pada nilai perencanaan anggaran

- Penyeragaman satuan dan target dari rincian output

p. Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (Setditjen)

Pelaksanaan pengukuran Indeks Kualitas SDM di lingkungan pemerintahan bertujuan untuk menyediakan data yang akurat, objektif, dan berkelanjutan sebagai dasar perumusan kebijakan pembangunan. Melalui indeks ini, dapat diidentifikasi capaian, kesenjangan, serta tantangan dalam peningkatan kualitas manusia di lingkungan suatu organisasi.

Penerapan Indeks Kualitas SDM mencerminkan komitmen dalam mewujudkan pembangunan manusia yang inklusif, berdaya saing, dan berkelanjutan guna mendukung tercapainya tujuan pembangunan nasional.

a) Definisi Operasional.

Ukuran yang menggambarkan kualitas SDM Kemenkes di Lingkungan Eselon I berdasarkan kesesuaian kualifikasi, kompetensi, kinerja, dan kedisiplinan pegawai ASN dalam melaksanakan tugas jabatan. Dalam hal pelaksanaan pengukuran, mengacu pada peraturan yang diterbitkan oleh leading institution yang disesuaikan.

b) Cara Perhitungan.

Hasil penjumlahan dimensi profesionalitas ASN sesuai Peraturan Menteri PANRB Nomor 38 Tahun 2018 dan Peraturan BKN Nomor 8 Tahun 2019. Kriteria pengukuran tingkat profesionalitas ASN diukur berdasarkan dimensi Kualifikasi, Kompetensi, Kinerja, dan Disiplin. Setiap dimensi mencakup bobot, deskripsi, dan indikator sebagai satu kesatuan dari standar profesionalitas ASN.

- Dimensi Kualifikasi, digunakan untuk mengukur data/informasi mengenai kualifikasi pendidikan formal PNS dari jenjang paling tinggi sampai jenjang paling rendah. Indikator yang digunakan adalah jenjang pendidikan formal terakhir yang dicapai oleh PNS, meliputi: Pendidikan S-3 (Strata Tiga), S-2 (Strata Dua), S-1 (Strata Satu)/D-IV (Diploma Empat), D-III (Diploma Tiga), D-II (Diploma Dua)/D-I (Diploma Satu)/ Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA)/ sederajat, dan di bawah SLTA. Dimensi ini diperhitungan sebesar 25% dari keseluruhan pengukuran.
- Dimensi Kompetensi digunakan untuk mengukur data/informasi mengenai riwayat pengembangan kompetensi yang pernah diikuti oleh PNS dan memiliki kesesuaian dalam pelaksanaan tugas jabatan. Indikator yang digunakan yaitu riwayat pengembangan kompetensi yang terdiri atas Diklat Kepemimpinan, Diklat Fungsional, Diklat Teknis, dan Seminar/ Workshop/ Magang/ Kursus/ sejenisnya. Dimensi ini diperhitungan sebesar 40% dari keseluruhan pengukuran.

- Dimensi Kinerja digunakan untuk mengukur data/ informasi mengenai penilaian kinerja yang dilakukan berdasarkan perencanaan kinerja pada tingkat individu dan tingkat unit kerja dengan memperhatikan target, capaian, hasil, dan manfaat yang dicapai serta perilaku PNS. Indikator yang digunakan adalah riwayat hasil penilaian kinerja yang mencakup Sasaran Kerja Pegawai (SKP) dan Perilaku Kerja Pegawai. Dimensi ini diperhitungkan sebesar 30% dari keseluruhan pengukuran.
- Dimensi Disiplin digunakan untuk mengukur data/informasi kepegawaian lainnya yang memuat hukuman yang pernah diterima PNS. Indikator yang digunakan yaitu data/informasi mengenai hukuman disiplin yang pernah diterima yang mencakup: Hukuman disiplin ringan, sedang, dan berat. Dimensi ini diperhitungkan sebesar 5% dari keseluruhan pengukuran.

Rumus pengukuran indeks profesionalitas ASN yaitu jumlah total hasil perkalian dari bobot indikator dikalikan nilai masing-masing jawaban indikator.

$$IP = \sum_{i=1}^4 IP_i$$

$$= IP_1 + IP_2 + IP_3 + IP_4$$

Kategori tingkat profesionalitas ASN memiliki rentang sebagai berikut:

Nilai	Sebutan
91 – 100	Sangat Tinggi
81 – 90	Tinggi
71 – 80	Sedang
61 – 70	Rendah
60 ke bawah	Sangat Rendah

c) Membandingkan antara target dan relisasi kinerja tahun ini.

Jika dibandingkan dengan target nilai Indeks Kualitas SDM Ditjen Kesehatan Lanjutan tahun 2025 maka presentase capaian adalah sebagai berikut:

No	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Indeks Kualitas SDM Direktorat	81	81	83,32	102.86%

	Jenderal Kesehatan Lanjutan				
--	-----------------------------	--	--	--	--

Indeks kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan merupakan indikator baru dalam renstra kemenkes 2025-2029, berdasarkan capaian dari P2KASN, indeks kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan adalah 83.32 atau sebesar 102.86% dari target yang telah ditetapkan.

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

Oleh karena indikator ini baru dalam Renstra 2025-2029 sehingga untuk membandingkan relisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2025 dengan tahun 2024 dan beberapa tahun terakhir belum dapat dilakukan

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

Jika realisasi kinerja sampai dengan tahun 2025 dengan target jangka menengah dalam Renstra 2025-2029 maka persentase capaian adalah sebagai berikut:

No	Indikator	Target Renstra tahun 2029	Capaian 2025	
			TW IV	%
1	Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	83	83.32	100.38%

jika dibandingkan dengan target akhir periode renstra 2025-2029 maka indikator kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan sudah tercapai 100.38% atau sudah tercapai

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

BKN menetapkan target capaian indeks kualitas SDM bagi seluruh ASN minimal tinggi (81). Jika dibandingkan dengan target yang ditetapkan BKN, maka persentase capaian Indeks Kualitas SDM Ditjen Kesehatan Lanjutan tahun 2025 adalah sebesar 102.86% (melebihi target).

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

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan tercapainya nilai indeks kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, antara lain:

- akses pelatihan dan pengembangan kompetensi yang mudah diperoleh melalui platform pembelajaran digital resmi Kementerian Kesehatan yaitu Plataran Sehat yang menyediakan berbagai pembelajaran mandiri untuk meningkatkan kompetensi para pegawai di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan;
- monitoring yang dilakukan secara berkala untuk melihat gap kompetensi antar pegawai sehingga dapat ditindaklanjuti dengan memberikan rekomendasi berbagai pelatihan untuk meningkatkan kompetensinya;
- tersedianya program tugas belajar bagi pegawai untuk dapat meningkatkan kualifikasi pendidikan formalnya;
- Tersedianya aplikasi e-kinerja yang dapat memantau kinerja pegawai setiap triwulan sehingga dapat mengantisipasi terjadinya penurunan kinerja pegawai di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Adapun potensi yang dapat mempengaruhi kegagalan dalam mencapai target indeks kualitas SDM yaitu keterbatasan/efisiensi anggaran untuk pelatihan dan pengembangan SDM

h) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.

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

Kegiatan (KRO)	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Layanan Manajemen SDM	Rp 1.326.947.000	Rp 445.350.000	Rp 881.597.000	Rp 880,259,872
Layanan Organisasi dan Tata Kelola Internal	Rp 1.204.177.000	Rp 631.420.000	Rp 572.757.000	Rp 570,752,667
Jumlah	Rp 2.531.124.000	Rp 1.076.660.000	Rp 1.454.464.000	Rp 1.451.012.039

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dan belum dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja:

- 1) Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:
 - Upaya peningkatan kompetensi pegawai melalui kursus Bahasa Inggris bagi ketua timker dan PMO.
 - Pelantikan Jabatan Fungsional
 - Verifikasi dan Validasi Data SIMKA (data kepegawaian)
- 2) Kegiatan yang belum dilaksanakan dalam pencapaian indikator:
 - Pembiayaan diklat jabatan fungsional
 - Peningkatan kompetensi Bahasa Inggris bagi seluruh pegawai
 - Penataan Organisasi UPT Vertikal

Review Peta Jabatan dengan Biro OSDM

q. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen)

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) yang telah tuntas ditindaklanjuti merupakan indikator kinerja yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan dan komitmen organisasi pemerintahan dalam menindaklanjuti hasil pemeriksaan pengelolaan dan tanggung jawab keuangan negara/daerah. Indikator ini mencerminkan efektivitas sistem pengendalian internal, tata kelola pemerintahan yang baik, serta akuntabilitas dalam pengelolaan keuangan daerah.

Tindak lanjut atas rekomendasi BPK dilaksanakan melalui penyelesaian administratif, perbaikan sistem dan prosedur, serta pengembalian kerugian keuangan negara/daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Persentase rekomendasi yang telah ditindaklanjuti secara tuntas menjadi tolok ukur keberhasilan dalam merespons temuan pemeriksaan secara tepat waktu dan berkelanjutan.

a) Definisi Operasional.

Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan telah dimonitor APIP capaian tindak lanjutnya serta telah dinyatakan lengkap.

b) Cara Perhitungan.

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

c) Membandingkan antara target dan relisasi kinerja tahun ini.

Jika dibandingkan dengan target tahun 2025 maka presentase capaian adalah sebagai berikut:

No.	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	95	95%	96,22%	96,22%

Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan berdasarkan hasil verifikasi telah tercapai sebesar 96.22 dari target 95% atau tercapai.

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

No	Indikator Target	Capaian		2025	
		2023	2024	Target	Capaian
1	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95,51%	95,64%	95	96,22%

Jika dibandingkan dengan capaian tahun 2023 dan 2024, capaian indikator ini mengalami kenaikan, hal ini menandakan upaya serius dari Ditjen Kesehatan Lanjutan untuk menindaklanjuti semua hasil pemeriksaan dari Badan Pemeriksaan Keuangan.

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

Indikator	Target 2025	Capaian 2025	Prosentase capaian 2025
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95	96,22%	101,28%

jika dibandingkan dengan target, maka capaian tahun ini melebihi target yaitu 96,22% atau 101,28%. Hal ini dikarenakan adanya beberapa upaya yang dilakukan oleh Ditjen Kesehatan Lanjutan, yaitu:

1. Desk Percepatan dengan Itjen dan BPK RI
2. Pemantauan Tindak Lanjut yang dilakukan oleh Satuan Kerja

Berdasarkan hal tersebut maka indikator tersebut dapat melebihi target yang ditentukan

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

Pencapaian dan target indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan belum dapat dibandingkan dengan standar nasional, karena belum terdapat standar nasional yang ditetapkan sebagai acuan. Oleh karena itu, pengukuran kinerja indikator ini mengacu kepada pedoman internal dan hasil tindak lanjut yang dilakukan oleh Satuan Kerja dan di reviu oleh BPK sebagai tolak ukur kesesuai terhadap rekomendasi yang telah di berikan.

g) 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 kegiatan. Analisis melalui pendekatan SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats).

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Menjadi instrumen pengawasan resmi untuk menilai pengelolaan dan tanggung jawab keuangan negara/daerah.	Tindak lanjut rekomendasi sering mengalami keterlambatan.	Meningkatkan kualitas tata kelola dan sistem pengendalian internal.	Risiko sanksi administratif atau hukum jika rekomendasi tidak ditindaklanjuti.
Memberikan rekomendasi yang jelas dan terukur sebagai dasar perbaikan tata kelola.	Keterbatasan SDM dan pemahaman teknis di unit kerja terkait rekomendasi BPK.	Mendorong perbaikan SOP dan regulasi internal.	Menurunnya kepercayaan publik terhadap instansi.
Mendorong akuntabilitas dan transparansi dalam pengelolaan keuangan.	Beberapa temuan bersifat berulang dari tahun ke tahun.	Memperkuat budaya kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan.	Dampak negatif terhadap penilaian kinerja organisasi.

h) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.

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

Kegiatan (KRO)	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Percepatan Penyelesaian Tindak Lanjut Temuan BPK, BPKP dan Itjen (Konsinyasi dan Koordinasi Tim Kerja PA dan SPIP, Inspektorat Jenderal dan BPK RI)	Rp449.604.000	Rp141.336.000	Rp308.268.000	Rp307.770.242
Desk Pemantauan Tindak Lanjut LHP BPK RI Sem 1 dan 2 TA 2024	Rp389.910.000	Rp206.900.000	Rp183.010.000	Rp182.964.129

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator ini sebesar Rp.839.514.000,- dimana 41,48% dari total alokasi anggaran tersebut terblokir dan untuk nilai anggaran yang tersedia sebesar Rp.491.278,000,-.

Dengan jumlah blokir anggaran tersebut maka pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan alternatif yang lebih efisien, pelaksanaan kegiatan desk percepatan tindak lanjut dengan BPK dan Itjen secara daring.

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dan belum dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja:

- 1) Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:
 - Penyusunan rencana aksi tindak lanjut LHP BPK
 - Desk tindak lanjut secara berkala dan rutin bersama dengan Itjen
 - Pemutahiran database tindak lanjut LHP BPK

- Pengumpulan data dukung tindak lanjut LHP BPK secara rutin
- 2) Kegiatan yang belum dilaksanakan dalam pencapaian indikator adalah Melakukan pemantauan proses pengajuan temuan yang tidak dapat ditindak lanjuti oleh satker.

r. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Setditjen)

Nilai Maturitas Manajemen Risiko merupakan indikator yang menggambarkan tingkat penerapan dan efektivitas manajemen risiko dalam penyelenggaraan pemerintahan. Penilaian ini mengukur sejauh mana proses identifikasi, analisis, pengendalian, serta pemantauan risiko telah terintegrasi secara sistematis ke dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kinerja unit kerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Penerapan manajemen risiko yang matang menjadi elemen kunci dalam penguatan tata kelola pemerintahan yang baik (good governance), khususnya untuk meningkatkan akuntabilitas, transparansi, dan efektivitas pelaksanaan program dan kegiatan. Nilai maturitas manajemen risiko juga menggambarkan kesiapan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dalam mengantisipasi dan mengelola berbagai potensi risiko, baik risiko strategis, operasional, keuangan, maupun kepatuhan, yang dapat menghambat pencapaian tujuan Pembangunan.

Peningkatan nilai maturitas manajemen risiko di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dilakukan melalui penguatan kebijakan dan regulasi internal, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, penyusunan dan pemutakhiran peta risiko (risk register), serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

Dengan meningkatnya nilai maturitas manajemen risiko, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan diharapkan mampu meminimalkan dampak risiko yang merugikan, meningkatkan kualitas pengambilan keputusan, serta menjamin keberlangsungan dan keberhasilan pelaksanaan program pembangunan secara efektif dan efisien.

a) Definisi Operasional.

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

b) Cara Perhitungan.

Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan diperoleh dari hasil penilaian atas delapan parameter manajemen risiko yang memiliki total bobot sebesar 100%. Setiap parameter dinilai menggunakan skor tingkat kematangan yang telah ditetapkan dalam pedoman penilaian manajemen risiko.

Nilai masing-masing parameter dihitung dengan mengalikan bobot parameter dengan skor tingkat kematangan yang diperoleh. Selanjutnya, seluruh nilai parameter dijumlahkan untuk menghasilkan nilai penilaian mandiri (self-assessment) oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Hasil penilaian mandiri tersebut kemudian dilakukan penjaminan kualitas (quality assurance) dan levelling oleh Inspektorat Jenderal, melalui proses reuiu, klarifikasi, dan verifikasi bukti dukung. Nilai akhir hasil penjaminan kualitas oleh Inspektorat Jenderal digunakan sebagai nilai resmi Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan pada tahun berjalan

Hasil penilaian maturitas manajemen resiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan di tahun berjalan dengan kategori yaitu:

-
- Aware: 1,01 – 2,00
- Define: 2,01 – 3,00
- Manage: 3,01 – 4,00
- Enable: 4,01 – 5,00

c) Membandingkan antara target dan relisasi kinerja tahun ini.

Jika dibandingkan dengan target Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan tahun 2025 maka presentase capaian adalah sebagai berikut:

No	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan	3,95	3,95	4,00	101,27%

	Lanjutan				
--	----------	--	--	--	--

Berdasarkan tabel di atas, **Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan** menunjukkan capaian yang **melebihi target yang telah ditetapkan**. Target yang ditentukan dalam Renstra adalah sebesar **3,95**, sedangkan capaian pada Triwulan IV mencapai **4,00**. Hal ini menghasilkan tingkat capaian sebesar **101,27%**, yang berarti kinerja pengelolaan manajemen risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan telah berjalan dengan **sangat baik** dan melampaui sasaran yang direncanakan.

Capaian ini menunjukkan bahwa penerapan manajemen risiko telah dilakukan secara efektif, baik dalam proses identifikasi, analisis, pengendalian, maupun pemantauan risiko. Keberhasilan tersebut juga mengindikasikan adanya komitmen dan koordinasi yang baik dalam mendukung tata kelola organisasi yang lebih akuntabel dan berkelanjutan.

Ke depan, capaian ini perlu dipertahankan serta terus ditingkatkan melalui penguatan budaya sadar risiko dan penyempurnaan sistem pengelolaan risiko agar kualitas kinerja organisasi tetap optimal.

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

Oleh karena indikator Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan baru ditetapkan dalam Rencana Strategis Tahun 2025-2029, maka perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun berjalan dengan tahun sebelumnya dan beberapa tahun terakhir belum dapat dilakukan.

Ke depan, capaian kinerja ini menjadi pijakan strategis bagi penguatan tata kelola manajemen risiko secara terukur dan berkelanjutan. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan berkomitmen meningkatkan tingkat maturitas manajemen risiko melalui penguatan kepemimpinan, integrasi risiko dalam proses bisnis, serta peningkatan kualitas pengendalian dan pemantauan risiko, sehingga mendukung pencapaian sasaran strategis organisasi secara lebih efektif dan akuntabel.

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

Oleh karena indikator Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan baru ditetapkan dalam Rencana Strategis Tahun 2025-2029, sehingga membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi belum dapat dilakukan.

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

Pencapaian dan target indikator Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan belum dapat dibandingkan dengan standar nasional, karena belum terdapat standar nasional yang ditetapkan sebagai acuan. Oleh karena itu, pengukuran kinerja indikator ini mengacu kepada pedoman internal dan hasil penjamin kualitas oleh Inspektorat Jenderal sebagai tolak ukur akuntabilitas dan kualitas penerapan manajemen risiko.

g) 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 kegiatan. Analisis melalui pendekatan SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats).

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)	Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Komitmen pimpinan terhadap penerapan manajemen risiko	Pemahaman dan kompetensi manajemen risiko belum merata di seluruh unit kerja	Indikator Nilai Maturitas Manajemen Risiko telah ditetapkan dalam Renstra 2025–2029	Perubahan kebijakan dan dinamika lingkungan strategis
Kerangka kebijakan dan pedoman internal manajemen risiko telah tersedia	Kualitas dan konsistensi dokumentasi risiko masih perlu ditingkatkan	Dukungan kebijakan reformasi birokrasi dan penguatan SPIP	Keterbatasan SDM dan waktu pelaksanaan manajemen risiko
Mekanisme penilaian mandiri dan penjaminan kualitas oleh Inspektorat Jenderal	Integrasi manajemen risiko dalam proses bisnis belum sepenuhnya optimal	Pemanfaatan digitalisasi dan sistem informasi risiko	Risiko formalisasi (kepatuhan administratif tanpa substansi)

Berdasarkan analisis SWOT, pencapaian Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan didukung oleh komitmen pimpinan dan kerangka kebijakan yang memadai, namun masih menghadapi tantangan pada aspek konsistensi implementasi dan penguatan kapasitas SDM. Peluang kebijakan nasional dan dukungan pengawasan internal menjadi faktor kunci untuk mendorong peningkatan kinerja manajemen risiko secara berkelanjutan pada periode berikutnya.

h) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.

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

Kegiatan (KRO)	Pagu Awal	Blokir	Pagu Tersedia	Total Realisasi
Penguatan Fungsi dan Evaluasi SKI di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Rp175.541.000	Rp76.659.000	Rp98.882.000	Rp92.759.985
Desk Penerapan dan Penilaian PIPK Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp158.266.000	Rp123.436.000	Rp34.830.000	Rp34.734.640
Koordinasi Lintas Program/Sektor	Rp114.432.000	Rp41.193.000	Rp73.279.000	Rp72.841.784

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator ini sebesar Rp.448.239.000,- dimana 53,83.% dari total alokasi anggaran tersebut terblokir dan untuk nilai anggaran yang tersedia sebesar Rp.206.951.000,-.

Dengan adanya blokir anggaran, pelaksanaan kegiatan disesuaikan melalui alternatif yang lebih efisien dengan memaksimalkan sumber daya internal dan integrasi antar proses, sehingga tetap memberikan value for money. Penyesuaian tersebut dilakukan secara akuntabel dan terukur, tanpa mengurangi kualitas output maupun pencapaian Nilai Maturitas Manajemen Risiko.

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

Dalam rangka pencapaian indikator Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, telah dilaksanakan berbagai program dan kegiatan yang berkontribusi terhadap peningkatan kinerja. Namun demikian, masih terdapat beberapa kegiatan yang belum sepenuhnya terlaksana dan perlu ditindaklanjuti pada periode berikutnya:

- 1) Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator:

- Penyusunan dan pemutakhiran profil risiko pada unit kerja sesuai dengan pedoman manajemen risiko.
- Pelaksanaan penilaian mandiri (self-assessment) maturitas manajemen risiko oleh Unit Pemilik Risiko.
- Pendampingan dan asistensi penerapan manajemen risiko oleh Inspektorat Jenderal.
- Penjaminan kualitas (quality assurance) atas hasil penilaian maturitas manajemen risiko.
- Integrasi awal manajemen risiko ke dalam proses perencanaan dan pengendalian kinerja.
- Sosialisasi dan internalisasi kebijakan manajemen risiko kepada unit kerja.

Kegiatan-kegiatan tersebut berkontribusi signifikan terhadap tercapainya tingkat maturitas manajemen risiko pada kategori Manage

2) Kegiatan yang belum dilaksanakan dalam pencapaian indikator:

- Peningkatan kapasitas SDM terkait manajemen risiko secara terstruktur dan berkelanjutan.
- Penguatan integrasi manajemen risiko secara penuh ke dalam seluruh proses bisnis dan pengambilan keputusan strategis.
- Pengembangan dan pemanfaatan sistem informasi manajemen risiko secara optimal.
- Monitoring dan evaluasi penerapan manajemen risiko secara periodik dan terukur.
- Penyusunan roadmap peningkatan maturitas manajemen risiko sesuai target Renstra 2025–2029.

Kegiatan yang belum dilaksanakan atau belum optimal tersebut menjadi fokus perbaikan untuk mendorong peningkatan capaian Nilai Maturitas Manajemen Risiko pada periode berikutnya

s. Persentase Realisasi Anggaran Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan (Setditjen)

Persentase Realisasi Anggaran adalah ukuran yang menunjukkan seberapa besar anggaran yang telah digunakan/dibelanjakan dibandingkan dengan total anggaran yang tersedia dalam suatu periode tertentu.

a) Definisi Operasional.

Besarnya nilai Persentase Realisasi Anggaran Sekretariat 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 Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

b) Cara Perhitungan

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

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

c) Membandingkan antara target dan relisasi kinerja tahun ini.

Jika dibandingkan dengan target nilai realisasi anggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan tahun 2025 maka presentase capaian adalah sebagai berikut:

No.	Indikator	Target		Capaian	
		Renstra	PK	TW IV	%
1	Nilai Realisasi Anggaran Setditjen Keslan	96,00	96,00	75,10	78,23

Berdasarkan data capaian realisasi di atas, terhadap target nilai realisasi anggaran sebesar 96% terealisasi sebesar 75,10% dengan rincian sebagai berikut:

Pada tahun anggaran 2025, dari pagu total sebesar Rp 149.176.862.000 terealisasi sebesar Rp 112.030.782.336 (75,10%). Rendahnya capaian realisasi dipengaruhi oleh capaian penyerapan anggaran sumber dana Pinjaman Luar Negeri (PLN) yang hanya bisa terserap sebesar Rp 63.534.611.076 (63,98%) dari total pagu sebesar Rp 99.308.915.000. Alokasi sumber dana PLN tersebut digunakan untuk dukungan manajemen pada tiga project PLN yaitu Fasilitasi Pengelolaan Proyek Penguatan RS Rujukan Nasional dan UPT Vertikal (IsDB IDN-1031) dengan capaian realisasi anggaran sebesar 46,33%, Fasilitasi Pengelolaan Proyek

Penguatan Pusat Layanan Kanker Terpadu UPT Vertikal (IsDB IDN - 1054) dengan capaian realisasi anggaran sebesar 80,40%, dan Fasilitasi dan Pembinaan Fasilitasi Pengelolaan Proyek Penguatan RS Layanan KJSU (SIHREN) dengan capaian realisasi anggaran sebesar 71,46%.

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

No	Indikator Target	Capaian		2025	
		2023	2024	Target	Capaian
1	Nilai Realisasi Anggaran Setditjen Keslan	52,31	88,19	96,00	75,10

Jika dibandingkan dengan capaian tahun 2023 hingga 2025 terjadi peningkatan dan penurunan nilai realisasi Anggaran. berdasarkan data capaian realisasi anggaran tahun 2023 ke 2024 terjadi peningkatan realisasi anggaran sebesar 35,88%, sedangkan realisasi anggaran pada tahun 2024 ke 2025 terjadi penurunan sebesar 13,09%, hal ini dipengaruhi oleh adanya kegiatan bersumber dana Pinjaman Luar Negeri yang pengadaannya tidak dapat dilaksanakan pada tahun 2025, sehingga dilanjutkan pada tahun 2026.

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

Indikator	Target 2025	Capaian 2025	Prosentase capaian 2025
Nilai Realisasi Anggaran Setditjen Keslan	96	75,10	78,23

berdasarkan realisasi kinerja sampai dengan tahun 2025 persentase capaian sebesar 78,23% di mana diperoleh atas capaian realisasi anggaran sebesar 75,10% dibagi atas target capaian realisasi sebesar 96%, capaian realisasi ini sangat dipengaruhi oleh adanya kegiatan bersumber dana Pinjaman Luar Negeri yang tidak dapat dilaksanakan pada tahun 2025.

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

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

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

Nilai persentase realisasi anggaran tahun 2025 (75,10%) tidak mencapai target 96%. Berikut adalah penyebab tidak tercapainya target realisasi anggaran tahun 2025 meskipun realisasi sumber dana Rupiah Murni telah melebihi target (97,25%), namun realisasi belanja sumber dana Pinjaman Luar Negeri masih rendah (63,98%), karena dipengaruhi oleh:

1) Kegiatan IsDB

Strengthening of National Referral Hospital and Technical Unit (IsDB IDN 1031 dan IDN 1054): Sisa anggaran merupakan alokasi untuk *Emergency Preparedness* dan *ICT for Strengthening Hospital Institutions* yang masih dalam proses pengadaan dan akan berkontrak pada tahun anggaran 2026.

2) Dukman SIHREN ISDB dan WB: Sisa anggaran merupakan alokasi untuk EQC yang tidak terserap dan diperkirakan akan berkontrak pada Triwulan II TA 2026, serta terdapat kegiatan pengembangan ASPAK yang tidak dapat dilaksanakan karena kegiatan dipindah ke Pusdatin

Alternatif solusi yang telah dilakukan :

- Monitoring Penyerapan Realisasi Anggaran dan progress kegiatan tahun 2025 secara rutin per bulan;
- Melakukan pengawalan atas Belanja Penting pada Sekretariat Ditjen Keslan sesuai data dari Kementerian Keuangan.
- Melakukan percepatan atas pengadaan ICT untuk IsDB dan EQC untuk SIHREN

h) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.

Pelaksanaan kegiatan menunjukkan efisiensi penggunaan sumber daya, tercermin dari tercapainya target output sesuai rencana dengan realisasi anggaran yang lebih rendah dari pagu yang ditetapkan, tanpa mengurangi kualitas hasil kegiatan.

Efisiensi sumber daya merupakan faktor kunci dalam mencapai kinerja yang optimal. Berikut ini Pagu dan Realisasi atas kegiatan yang mendukung pencapaian indikator.

No	Kegiatan	Pagu Harian	Jumlah Pagu Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	%	Sisa Pagu
A	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan	149.176.862.000	2.051.237.000	147.717.225.000	112.030.782.336	75,10 %	37.146.079.664
	Rupiah Murni	49.867.947.000	868.037.000	48.999.910.000	48.496.171.260	97,25 %	1.371.775.740
1	Kegiatan Setditjen Yankes	12.580.624.000	-	12.580.624.000	12.225.499.853	97,18 %	355.124.147
	Tim Hukum	1.501.002.000	-	-	1.499.584.625	99,91%	1.417.375

	Tim Organisasi dan SDM	1.454.354.000	-	-	1.449.334.189	99,65%	5.019.811
	Tim SKI	698.229.000	-	-	691.070.780	98,97%	7.158.220
	Tim Keuangan dan BMN	2.113.910.000	-	-	2.078.238.388	98,31%	35.671.612
	Tim Kerja Monitoring Pinjaman Luar Negeri	795.198.000	-	-	774.340.891	97,38%	20.857.109
	Tim Perencanaan Anggaran	1.831.729.000	-	-	1.777.461.143	97,04%	54.267.857
	Tim Informasi dan Humas	1.590.748.000	-	-	1.542.402.569	96,96%	48.345.431
	Subbag Adum	1.027.514.000	-	-	982.160.099	95,59%	45.353.901
	Tim Perencanaan Program Evaluasi dan Pelaporan	1.567.940.000	-	-	1.430.907.169	91,26%	137.032.831
2	Operasional dan Pemeliharaan Kantor Ditjen Keslan	37.287.323.000	868.037.000	36.419.286.000	36.270.671.407	97,27 %	1.016.651.593
	Pinjaman Luar Negeri	99.308.915.000	591.600.000	98.717.315.000	63.534.611.076	63,98 %	35.774.303.924
3	IsDB IDN-1031	36.535.928.000	-	36.535.928.000	16.927.984.743	46,33%	19.607.943.257
4	IsDB IDN-1054	24.302.942.000	-	24.302.942.000	19.538.482.012	80,40%	4.764.459.988
5	Dukman SIHREN-IsDB	24.940.000.000	591.600.000	24.348.400.000	16.444.139.373	65,93%	8.495.860.627
6	Dukman SIHREN-WB	13.530.045.000	-	13.530.045.000	10.624.004.948	78,52%	2.906.040.052

Total anggaran yang dialokasikan untuk melaksanakan pencapaian indikator ini sebesar Rp.149.176.862.000,- dengan realisasi sebesar Rp. 112.030.782.336,- atau sebesar 75,10%. Berdasarkan data diatas terdapat efisiensi sumber daya sebagai berikut :

target output	realisasi output	alokasi	realisasi	efisiensi
96,00	75,10	149.176.862.000,-	112.030.782.336,-	24,90%

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

Dalam hal pencapaian kinerja berikut kegiatan yang sudah dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja:

- 3) Kegiatan yang sudah dilaksanakan dalam upaya pencapaian target indikator.
- 4) Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran pada Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan per bulan.
- 5) Melaksanakan Evaluasi atas Pelaksanaan Anggaran Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan setiap triwulan.
- 6) Melaksanakan kegiatan Percepatan Pelaksanaan Anggaran bersama tim kerja di lingkungan Sekretariat Ditjen Keslan dengan turut mengundang Kementerian Keuangan (Direktorat Pelaksanaan Anggaran, Direktorat Jenderal Anggaran, KPPN Jakarta VII, dan KPP Pratama Jakarta).

- 7) Menjalankan instruksi dari Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan untuk melakukan Percepatan Pelaksanaan Anggaran Tahun 2025.
- 8) Membuat surat edaran dan melakukan sosialisasi terkait Langkah-langkah Akhir Tahun 2025 di Lingkungan Sekretariat Ditjen Kesehatan Lanjutan dengan mengundang Narasumber dari Kementerian Keuangan.

Melaksanakan *weekly meeting* progress laporan kegiatan dan program di Lingkungan Ditjen Kesehatan Lanjutan Tiap Minggu.

B. Realisasi Anggaran

Realisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun Anggaran 2025 sampai dengan tanggal 30 Januari 2026 tercapai sebesar Rp34,429,965,404,000,- (83,16%) dari total pagu Rp31.850.958.627.000. Adapun rincian realisasi per jenis kewenangan adalah sebagai berikut:

Tabel 3.7 Alokasi dan Realisasi Anggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan Tahun Anggaran 2025 Berdasarkan Kewenangan

No	Kewenangan	Alokasi	Realisasi	%
1	Kantor Pusat	7,892,278,280,000	4,151,768,018,427	52.61%
2	Kantor Daerah	26,537,687,124,000	24,478,997,343,789	92.24%
Total		31.850.958.627.000	34,429,965,404,000	83,16%

Sumber data: OM SPAN per 30 Januari 2026

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 TA 2025

(dalam ribuan rupiah)

No	KANTOR PUSAT	Pagu Harian	Pagu Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	% (dari pagu Non Blokir)
A	Pembinaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	6,297,940,014	1,653,710,976	4,644,229,038	2,707,222,154	58.29%
	Pinjaman Luar Negeri		-	-	-	
1	Pengadaan peralatan Kesehatan dan pendukungnya untuk Rumah Sakit (SIHREN) (LR - 11)	2,866,154,473	1,420,434,202	1,445,720,271	356,711,416	24.67%
2	Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Makassar (IsDB) (rujukan)	234,337,506	287	234,337,219	207,547,296	88.57%
3	Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Vertikal Surabaya	212,738,935	-	212,738,935	183,815,416	86.40%
	Rupiah Murni	-	-	-	-	
1	Pembangunan RS Berkualitas	1,693,728,281	11,173,546	1,682,554,735	1,565,188,440	93.02%

No	KANTOR PUSAT	Pagu Harian	Pagu Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	% (dari pagu Non Blokir)
	di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC bidang Kesehatan) - Tahap I					
2	Pembangunan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC bidang Kesehatan) - Tahap III	749,999,999	107,011,150	642,988,849	17,384,262	2.70%
3	Pelaksanaan Pembangunan / Renovasi RS Batch 4 (PHTC)	9,948,820	-	9,948,820	9,460,305	95.09%
4	Pembangunan dan Pengembangan RS UPT Vertikal Riau	346,073,813	24,425,489	321,648,324	319,346,861	99.28%
5	Pemenuhan Peralatan Penunjang dan Peralatan Kesehatan RSUPT Riau	2,800,000	2,800,000	-	-	0%
6	Pembangunan dan Pengembangan Gedung GeneBank Indonesia	46,059,684	36,622,865	9,436,819	7,457,889	79.03%
7	Bantuan Operasional RS Kapal (Pemenuhan PHTC bidang Kesehatan)	85,322,900	42,661,449	42,661,451	52,758	0.12%
8	Pembayaran penggantian pajak dan biaya lainnya atas hibah luar negeri (LR-12)	29,109,275	-	29,109,275	29,109,273	100.00%
9	Kegiatan atau tupoksi lain	11,073,928	7,356,628	3,717,300	3,016,043	81.14%
10	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	10,592,400	1,225,360	9,367,040	8,132,195	86.82%
B	Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan	1,362,383,347	5,58,303	1,356,825,044	1,278,497,782	94.23%
	Dit. Pelayanan Klinis	1,349,016,307	5,58,303	1,343,458,004	1,266,398,669	94.26%
	Pinjaman Luar Negeri	96,000,000	-	96,000,000	20,164,312	21.00%
1	Pengampunan Layanan Jantung-Stroke-Uronefrologi-KIA (SIHREN)	25,802,052	-	25,802,052	12,934,669	50.13%
2	Pembinaan Pengampunan Kanker (SIHREN)	27,498,425	-	27,498,425	-	0.00%
3	Pelatihan Layanan Jantung, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak (SIHREN)	22,197,948	-	22,197,948	7,229,643	32.57%
4	Pelatihan Layanan Kanker (SIHREN)	20,501,575	-	20,501,575	-	0.00%
	Rupiah Murni	1,253,016,307	5,558,303	1,247,458,004	1,246,234,357	99.90%
1	Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Covid-19	1,233,764,616	-	1,233,764,616	1,233,398,098	99.97%
2	Kegiatan atau tupoksi lain	8,627,177	4,765,662	3,861,515	3,808,487	98.63%
3	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	10,131,378	792,641	9,338,737	8,534,697	91.39%
	Hibah Langsung Luar Negeri	493,136	-	493,136	493,075	99.99%
	Dit. Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan	13,367,040	-	13,367,040	12,099,113	90.51%
1	Kegiatan atau tupoksi lain	4,787,583	-	4,787,583	3,815,101	79.69%
2	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	8,579,457	-	8,579,457	8,284,012	96.56%
C	Pembinaan Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan	50,092,060	11,809,900	38,282,160	36,232,638	94.65%
1	Rumah Sakit Penyelenggara Pendidikan Utama sebagai Penyelenggaraan Program PPDS	25,863,600	655,760	25,207,840	24,567,558	97.46%
2	Kegiatan atau tupoksi lain	13,627,960	9,627,960	4,000,000	3,718,043	92.95%
3	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	10,600,500	1,526,180	9,074,320	7,947,037	87.58%
D	Pembinaan Pelayanan Kesehatan Primer	4,199,170	4,199,170	-	-	0%
E	Pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	25,337,303	9,722,571	15,614,732	15,008,151	96.12%

No	KANTOR PUSAT	Pagu Harian	Pagu Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	% (dari pagu Non Blokir)
1	Kegiatan atau tupoksi lain	11,782,991	6,782,991	5,000,000	4,547,474	90.95%
2	Sosialisasi dan Diseminasi Masyarakat	12,013,900	2,939,580	9,074,320	8,924,578	98.35%
3	Hibah Langsung Luar Negeri	1,540,412	-	1,540,412	1,536,099	99.72%
F	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan	152,326,386	1,459,637	150,866,749	114,989,882	76.22%
1	Kegiatan Setditjen Yankes	12,580,624	-	12,580,624	12,225,500	97.18%
2	Operasional dan Pemeliharaan Kantor Ditjen Keskam	37,287,323	868,037	36,419,286	36,270,671	99.59%
3	IsDB IDN-1031	36,535,928	-	36,535,928	16,927,985	46.33%
4	IsDB IDN-1054	24,302,942	-	24,302,942	19,538,482	80.40%
5	Dukman SIHREN-IsDB	24,940,000	591,600	24,348,400	16,444,139	67.54%
6	Dukman SIHREN-WB	13,530,045	-	13,530,045	10,624,005	78.52%
7	Fasyankes Rujukan	814,596	-	814,596	715,983	87.89%
8	TKPKR	645,141	-	645,141	614,416	95.24%
9	MPKR	609,089	-	609,089	603,269	99.04%
10	PKP	515,862	-	515,862	500,309	96.98%
11	PKR	564,836	-	564,836	562,147	99.52%
TOTAL KANTOR PUSAT		7,892,278,280	1,686,460,557	6,205,817,723	4,151,768,018	66.90%

Sumber data: OM SPAN per 30 Januari 2026

a. Kegiatan Pembinaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan

- 1) Pengadaan peralatan Kesehatan dan pendukungnya untuk Rumah Sakit (SIHREN)
Telah terealisasi berupa pengadaan Alkes Cathlab (Single Plane), MRI, CT Scan, Mammography, C-Arm, dan Digital Mobile X-Ray.
- 2) Pemenuhan Peralatan Onkologi RS UPT Makassar dan RS UPT Vertikal Surabaya (IsDB) (rujukan)
Merupakan alokasi untuk pengadaan alkes onkologi untuk RS baru yaitu pada RSUP Makassar dan RSUP Surabaya.
- 3) 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 yang selesai pada tahun anggaran 2025.
- 4) Pembangunan Peningkatan RS Berkualitas di Kab/Kota (Pemenuhan PHTC Bidang Kesehatan) – Tahap III
Alokasi ini digunakan untuk pembayaran Perencanaan teknis Basic Design dan Manajemen Konstruksi atas peningkatan kualitas 10 RS Kab/kota dari tipe C menjadi tipe D. Adapun untuk konstruksi pembangunannya dilaksanakan pada tahun 2026.
- 5) Pelaksanaan Pembangunan / Renovasi RS Batch 4 (PHTC)
Alokasi ini digunakan untuk pembayaran Perencanaan teknis Basic Design atas peningkatan kualitas 10 RS Kab/kota dari tipe C menjadi tipe D yang pembangunannya dilakukan pada tahun 2026.
- 6) Pembangunan dan Pengembangan RS UPT Vertikal Riau
Merupakan alokasi untuk Pelaksanaan Pembangunan Rumah Sakit UPT Vertikal di Provinsi Riau
- 7) Pemenuhan Peralatan Penunjang dan Peralatan Kesehatan RSUPT Riau
Alokasi ini digunakan untuk mendukung pemenuhan peralatan atas pembangunan RS UPT Vertikal Riau. Pagu masih terblokir karena RS

masih dalam tahap pembangunan.

- 8) Pembangunan dan Pengembangan Gedung GeneBank Indonesia Merupakan alokasi untuk pembayaran Perencanaan Teknis Konsultansi Perencana dan Manajemen Konstruksi Pembangunan dan Pengembangan Gedung GeneBank Indonesia. Pada Tahun 2026, Pembangunan akan dilanjutkan oleh Satker Balai Besar Biomedis dan Genomika Kesehatan Jakarta.
- 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 Tunggakan 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.

d. Kegiatan Pembinaan Pelayanan Kesehatan Primer

Tidak terdapat Realisasi karena merupakan anggaran pagu blokir 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.
- 2) Kegiatan Operasional dan Pemeliharaan Kantor Kegiatan telah terealisasi sebesar Rp 36.270.671 atau sebesar 99,59% dari pagu non blokir senilai Rp 36.419.286.

- 3) *Strengthening of National Referral Hospital and Technical Unit* (IsDB IDN 1031 dan IDN 1054)

Sisa anggaran merupakan alokasi untuk Emergency Preparedness dan ICT for Strengthening Hospital Institutions yang masih dalam proses pengadaan dan akan berkontrak pada tahun anggaran 2026.

- 4) Kegiatan Adum di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
Merupakan kegiatan dukungan manajemen pada masing-masing Direktorat di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

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 Desember 2025

(dalam ribuan rupiah)

No	Kantor Daerah	Pagu Awal	Pagu Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	%
A	RUPIAH MURNI	4.111.111.952	102.524.411	4.008.587.541	3.899.520.527	94,85 %
1	Belanja Pegawai	3.072.878.943	-	3.072.878.943	3.012.417.599	98,03 %
2	Belanja Barang	422.495.702	28.208.356	394.287.346	378.269.130	89,53 %
3	Belanja Modal	615.737.307	74.316.055	541.421.252	508.833.798	82,64 %
B	PNBP/BLU	109.310.085	1.193.797	108.116.288	99.680.493	91,19 %
1	Belanja Barang	97.475.922	350.170	97.125.752	90.983.321	93,34 %
2	Belanja Modal	11.834.163	843.627	10.990.536	8.697.172	73,49 %
C	PINJAMAN LUAR NEGERI	1.224.724.976	-	1.224.724.976	1.092.588.334	89,21 %
1	Belanja Modal	1.224.724.976	-	1.224.724.976	1.092.588.334	89,21 %
D	SALDO AWAL BLU	2.672.374.114	-	2.672.374.114	2.523.695.476	94,44 %
Total Kantor Daerah		26.537.669.124	567.996.595	25.969.672.529	24.478.997.344	92,24 %

No	Kantor Daerah	Pagu Awal	Pagu Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	%

Sumber data: OM SPAN per 30 Januari 2026

a. Sumber Dana Rupiah Murni

Berdasarkan realisasi per 31 Desember 2025 capaian realisasi sumber dana Rupiah Murni Kantor Daerah sebesar **Rp3.899.088.520.527 (94,85%)** dari alokasi pagu efektif sebesar Rp4.111.111.952.000. Adapun penjelasan sisa anggaran sebagai berikut:

- 1) Belanja pegawai, Terdapat kelebihan usulan dalam penambahan anggaran yang bersumber dari BUN untuk belanja Gaji dan tunjangan uang makan dan lembur utk PNS dan PPK
- 2) Belanja Barang, Adanya Efisiensi dari Langganan Daya dan Jasa, Operasional Kantor Lainnya dan Pemeliharaan Gedung
- 3) Belanja Modal, adanya kontrak per tgl 22 Desember 2025 untuk Kontruksi Fisik Gedung Genebank, sehingga hanya terserap uang muka 15%

b. Sumber Dana PNBP/BLU

Berdasarkan realisasi per 31 Desember 2025 capaian realisasi sumber dana PNBP/BLU Kantor Daerah sebesar Rp16.963.193.006.000 (91,55%) dari alokasi pagu efektif sebesar Rp18.529.458.082.000.

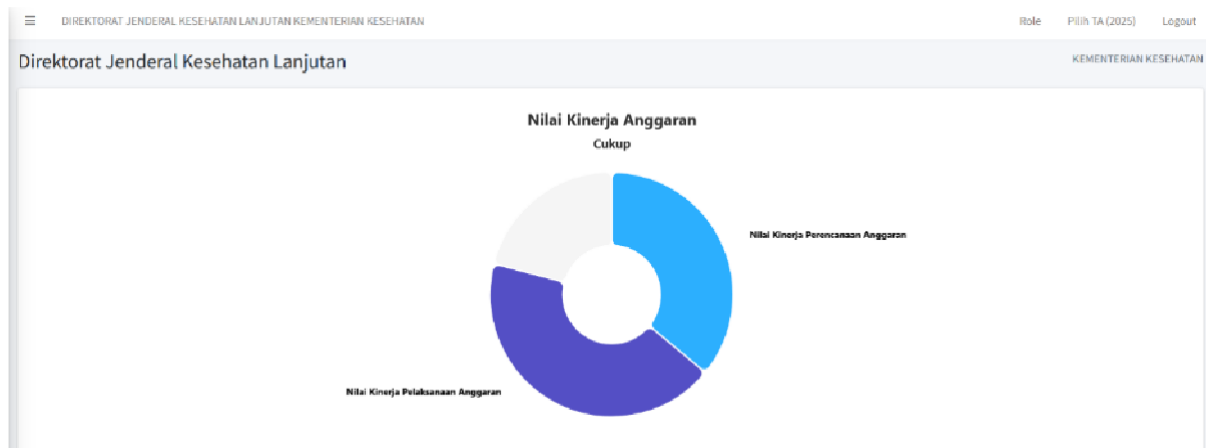
c. Sumber Dana Pinjaman Luar Negeri

Berdasarkan realisasi per 31 Desember 2025 capaian realisasi sumber dana Pinjaman Luar Negeri Kantor Daerah sebesar Rp1.092.588.334.024 (89,21%) dari alokasi pagu efektif sebesar Rp1.224.724.976.000

d. Sumber Dana Saldo Awal BLU

Berdasarkan realisasi per 31 Juli 2025 capaian realisasi sumber dana Saldo Awal BLU Kantor Daerah sebesar Rp 2.523.695.476.017 atau sebesar 94,44% dari pagu sebesar Rp 2.672.374.114.000

C. 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 Desember 2025, secara umum, Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan tahun 2025 adalah 78.71%. Data Rincian Realisasi Anggaran lebih lengkap dapat dilihat dalam lampiran laporan kinerja ini.

D. 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 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 Tahun 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 Tahun 2025

Berdasarkan tabel di atas, maka komposisi ASN per jenis jabatan di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan terdapat 16 pejabat

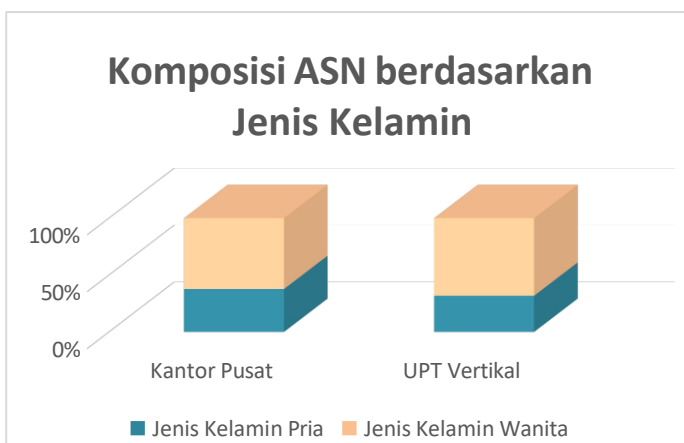
struktural, atau 0.04% dari seluruh ASN yang ada. Hal ini merupakan dampak dari reformasi birokrasi dimana salah satu programnya adalah pemangkasan birokrasi/delayering jabatan struktural. Selain itu Ditjen Pelayanan Kesehatan sampai bulan Desember 2025 memiliki 12.07% pegawai dengan jabatan pelaksana 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 Tahun 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 Tahun 2025



Berdasarkan tabel 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 Tahun 2025 Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Nama Satuan Organisasi	Pendidikan											Jml h	
		S3	S2	Spesialis 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	1318 1	125 7	1541 8	1053	2	48	238 7	155	32	386 84
	Total	313	2173	2804	1341 7	126 1	1546 0	1054	2	48	239 4	155	32	391 13

Sumber : Data SIMKA Tahun 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 Desember 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.

E. Prestasi dan Inovasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

1. Klasifikasi Rumah Sakit Berbasis Kompetensi

A. Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan /atau paliatif. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa jumlah Rumah Sakit terjadi peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2018 sebanyak 2.807 rumah sakit teregistrasi di Kementerian Kesehatan, tahun 2019 sebanyak 2.878 rumah sakit, tahun 2022 sebanyak 2985 rumah sakit, tahun 2023 sebanyak 3120 rumah sakit, tahun 2024 terdapat 3117 RS dan tahun 2025 sebanyak 3241 RS. (RS Online, 2025) Pertumbuhan Rumah Sakit yang signifikan tersebut perlu adanya pengaturan rumah sakit yang menjamin pelayanan kesehatan yang diberikan secara aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan bahwa rumah sakit juga mengamanatkan agar rumah sakit diklasifikasikan berdasarkan kemampuan pelayanan. Kemampuan pelayanan tersebut didasarkan pada jenis pelayanan, sarana dan prasarana, peralatan, serta Sumber Daya Manusia Kesehatan. Hal tersebut sesuai arah kebijakan Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 dalam mewujudkan pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk di setiap kelompok umur dan wilayah bagi seluruh penduduk melalui penguatan transformasi kesehatan untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Kebijakan klasifikasi pelayanan rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan rujukan dan mutu pelayanan rumah sakit. Rumah Sakit dapat mengembangkan pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat dan arah pengembangan rumah sakit melalui perencanaan sarana dan prasarana, peralatan, serta Sumber Daya Manusia Kesehatan. Pola klasifikasi berbasis kompetensi ini juga akan memberikan gambaran yang lebih jelas fasyankes, masyarakat maupun stakeholder terkait lainnya terkait kemampuan pelayanan yang dimiliki oleh suatu rumah sakit dibandingkan dengan pola klasifikasi berdasarkan jumlah tempat tidur.

Penilaian kompetensi pelayanan rumah sakit didasarkan pada ketersediaan sarana dan prasarana, peralatan kesehatan, serta Sumber Daya Manusia Kesehatan pada setiap jenis pelayanan. Untuk membantu proses monitoring kompetensi seluruh rumah sakit di Indonesia dibutuhkan dukungan sistem informasi yang baik. Direktorat Pelayanan Klinis bekerja sama dengan Pusdatin Kemenkes mengembangkan sistem informasi monitoring kompetensi rumah sakit dalam sistem Rumah Sakit Online dengan mengacu pada standar yang ditetapkan untuk setiap strata pada setiap jenis pelayanan. Monitoring kompetensi rumah sakit dalam sistem Rumah Sakit Online yang memanfaatkan data yang telah diinputkan oleh rumah sakit dan SDM Kesehatan pada aplikasi ASPAK untuk peralatan kesehatan, sarana dan prasarana, serta aplikasi SatuSehat SDM Kesehatan dan SISDMK untuk SDM Kesehatan.

B. Manfaat dan Keunggulan

Beberapa keunggulan sistem rujukan berbasis kompetensi melalui sistem informasi rujukan terintegrasi antara lain:

1. Memberikan standar dan gambaran kemampuan pelayanan pada 24 kelompok pelayanan berdasarkan tingkatan strata kompetensi

- Menjadi standar acuan pengembangan kompetensi rumah sakit
- Memberikan pemetaan distribusi kemampuan pelayanan rumah sakit di wilayah Indonesia
- Memudahkan implementasi rujukan berbasis kompetensi langsung menuju rumah sakit yang memiliki kompetensi sesuai kondisi medis pasien
- Mendukung kebijakan pemerintah terhadap peningkatan mutu dan akses pelayanan kesehatan yang merata, berkualitas, dan berkelanjutan.

C. Data Dukung

1. Contoh standar kompetensi pelayanan

ID_Layanan	Layanan	Kode	Nama SDM/Sarana/Alat Kesehatan (Lengkap)	Nama SDM/Sarana/Alat Kesehatan (Hasil Mapping Awal)	Kelompok	Klasifikasi	Idklifikasi	Status	No
1	Jantung dan Pembuluh Darah	1003	Ruangan rawat pasien non isolasi ICU	ICU/ICCU/ICVCU	Sarana	Dasar	1	substitusi	1
1	Jantung dan Pembuluh Darah	160	Ruangan rawat pasien isolasi tipe tekanan standar (kelas 3) ICU	ICU/ICCU/ICVCU	Sarana	Dasar	1	substitusi	2
4	Jantung dan Pembuluh Darah	90205	Ruangan rawat pasien isolasi tipe tekanan (kelas F) ICU	ICU/ICCU/ICVCU	Sarana	Dasar	1	substitusi	3
1	Jantung dan Pembuluh Darah	90206	Ruangan rawat pasien isolasi tipe tekanan negatif (kelas W) ICU	ICU/ICCU/ICVCU	Sarana	Dasar	1	substitusi	4
1	Jantung dan Pembuluh Darah	1815	Ruang ICU Jantung dan Pembuluh Darah	ICU/ICCU/ICVCU	Sarana	Dasar	1	substitusi	5
1	Jantung dan Pembuluh Darah	123	ICU Jantung dan Pembuluh Darah	ICU/ICCU/ICVCU	Sarana	Dasar	1	substitusi	6
1	Jantung dan Pembuluh Darah	1816	Ruang ICU Jantung dan Pembuluh Darah VIP	ICU/ICCU/ICVCU	Sarana	Dasar	1	substitusi	7
1	Jantung dan Pembuluh Darah	1527	ICU	ICU/ICCU/ICVCU	Sarana	Dasar	1	substitusi	8
1	Jantung dan Pembuluh Darah	126	Ruangan Operasi Minor	Ruang Operasi	Sarana	Dasar	1	substitusi	9
1	Jantung dan Pembuluh Darah	127	Ruangan Operasi Besar	Ruang Operasi	Sarana	Dasar	1	substitusi	10
1	Jantung dan Pembuluh Darah	91316	Ruangan Operasi Hybrid	Ruang Operasi	Sarana	Dasar	1	substitusi	11
1	Jantung dan Pembuluh Darah	599	Ruangan Bedah Minor/Endoscopy	Ruang Operasi	Sarana	Dasar	1	substitusi	12
1	Jantung dan Pembuluh Darah	600	Ruangan Bedah Besar/Mayor	Ruang Operasi	Sarana	Dasar	1	substitusi	13
1	Jantung dan Pembuluh Darah	205020053b	Electrocardiograph (ECG/EKG) 3 CH	EKG	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	14
1	Jantung dan Pembuluh Darah	205020091b	Electrocardiograph (ECG/EKG) 6 CH	EKG	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	15
1	Jantung dan Pembuluh Darah	2050200912ch	Electrocardiograph (ECG/EKG) 12 LH	EKG	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	16
1	Jantung dan Pembuluh Darah	20502034	Electrocardiograph (ECG/EKG) Monitor	EKG	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	17
1	Jantung dan Pembuluh Darah	22002039	USG Doppler	USG / DUS	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	18
1	Jantung dan Pembuluh Darah	21102020	USG 4D	USG / DUS	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	19
1	Jantung dan Pembuluh Darah	21102014	USG 3D	USG / DUS	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	20
1	Jantung dan Pembuluh Darah	21102025	USG 2D	USG / DUS	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	21
1	Jantung dan Pembuluh Darah	22002039 2	Duplex ultrasonography (DUS)	USG / DUS	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	21
1	Jantung dan Pembuluh Darah	21501033	Platavet sinar X, startensi/Head table x ray systems, general arcey, Devarco, Banteng	X ray	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	22
1	Jantung dan Pembuluh Darah	21501022	Radiographic system, digital (DR)	X ray	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	23
1	Jantung dan Pembuluh Darah	21501032	X-Ray Mobile Digital	X-ray	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	24
1	Jantung dan Pembuluh Darah	21501041	X-Ray Mobile Analog	X ray	Alat Kesehatan	Dasar	1	substitusi	25

2. Contoh tampilan monitoring kompetensi rumah sakit dalam Rumah Sakit Online

Kode RS	Nama	Kab/Kota	Provinsi	Jenis	Kelas	Kepemilikan	BVPS	Jantung dan Pembuluh Darah (J)	Paru dan Pernafasan (Z)	Uro/Nefro (S)	Neonatus (N)	Neoplasma (5)	Ibu dan Ginekologi (6)	Muskuloskeletal (I)
1101015	RS Umum Daerah Simualue	Simualue	ACEH	RSU	C	Pemkab	Ya	Dasar	Tidak Kompeten	Dasar	Tidak Kompeten	Dasar	Tidak Kompeten	Dasar
1102016	RS Umum Daerah Aceh Singkil	Aceh Singkil	ACEH	RSU	C	Pemkab	Ya	Dasar	Dasar	Dasar	Dasar	Dasar	Dasar	Dasar
1102027	RS Umum Daerah Kota Subulussalam	Kota Subulussalam	ACEH	RSU	C	Pemkot	Ya	Dasar	Tidak Kompeten	Dasar	Dasar	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten
1103030	RS Umum Daerah D. H. Yulidin Arsy	Aceh Selatan	ACEH	RSU	B	Pemkab	Ya	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten	Dasar	Dasar	Dasar	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten
1103021	RS Cahaya Sebat	Aceh Selatan	ACEH	RSU	D	SWASTA/LAINNYA	Ya	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten
1103023	RS Umum Daerah Tipe D/Pusat T. Cut Ali	Aceh Selatan	ACEH	RSU	D	PRAMIAMA	Tidak	Felum Sinkronisasi	Belum Sinkronisasi	Belum Sinkronisasi	Belum Sinkronisasi	Belum Sinkronisasi	Belum Sinkronisasi	Belum Sinkronisasi
1104031	RS Umum Daerah H. Sahudin Kutacane	Aceh Tenggara	ACEH	RSU	C	Pemkab	Ya	Dasar	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten	Dasar	Dasar	Tidak Kompeten	Tidak Kompeten
1104015	RS Umum Daerah	Aceh	ACEH	DGH	C	SWASTA/R BANYAK	Ya	Dasar	Dasar	Dasar	Dasar	Dasar	Dasar	Belum Sinkronisasi

No.	Nama Layanan	Strata Layanan	View
1	Jantung dan Pembuluh Darah	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
2	Faru dan Pernafasan	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
3	Uro Nefro	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
4	Neonatus	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
5	Neoplasma	Utama	SOM Akses & Sarana Update Reset
6	Ibu dan Ginekologi	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
7	Muskuloskeletal dan Jaringan Lunak	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
8	THT	Utama	SOM Akses & Sarana Update Reset
9	Mata	Madya	SOM Akses & Sarana Update Reset
10	Kulit & Penyakit Kelamin	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
11	Saraf/ Neuroscience	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
12	Infeksi dan Parasit	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
13	Pencernaan dan Hepatobilier	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
14	Hematologi	Paripurna	SOM Akses & Sarana Update Reset
15	Alergi Immunologi dan Rheumatologi	Utama	SOM Akses & Sarana Update Reset

3. Sebaran kompetensi rumah sakit berdasarkan hasil simulasi per tanggal 5 Desember

Pemetaan Klasifikasi 24 Layanan Rumah Sakit di Indonesia

No	Jenis Layanan	Jumlah RS	Belum Sinkronisasi di RS Online		Sudah Sinkronisasi di RS Online		Tidak Kompeten		Dasar		Strata Madya		Utama		Paripurna	
			Jml RS	%	Jml RS	%	Jml RS	%	Jml RS	%	Jml RS	%	Jml RS	%	Jml RS	%
1	Jantung dan Pembuluh Darah	3203*	459	14.33%	2744	85.67%	1288	46.94%	1227	44.72%	197	7.18%	26	0.95%	6	0.22%
2	Faru dan Pernafasan		667	20.82%	2536	79.18%	1081	42.63%	1063	41.92%	347	13.68%	42	1.66%	3	0.12%
3	Uro Nefro		525	16.39%	2678	83.61%	909	33.94%	1444	53.92%	314	11.73%	1	0.04%	10	0.37%
4	Neonatus		505	15.77%	2698	84.23%	888	32.91%	1461	54.15%	319	11.82%	24	0.89%	6	0.22%
5	Neoplasma		705	22.01%	2498	77.99%	756	30.26%	1685	67.63%	51	2.04%	6	0.24%	0	0.00%
6	Ibu dan Ginekologi		535	16.70%	2668	83.30%	1444	54.12%	740	27.74%	471	17.65%	0	0.00%	13	0.49%
7	Muskuloskeletal dan Jaringan Lunak		611	19.08%	2592	80.92%	1072	41.36%	1361	52.51%	158	6.10%	0	0.00%	1	0.04%
8	THT		706	22.04%	2497	77.96%	1321	52.90%	985	39.45%	177	7.09%	12	0.48%	2	0.08%
9	Mata		600	18.73%	2603	81.27%	1757	67.50%	437	16.79%	388	14.91%	18	0.69%	3	0.12%
10	Kulit & Penyakit Kelamin		645	20.14%	2558	79.86%	562	21.97%	1734	67.79%	242	9.46%	16	0.63%	4	0.16%
11	Saraf/ Neuroscience		557	17.39%	2646	82.61%	1170	44.72%	1331	50.30%	101	3.82%	38	1.44%	6	0.23%
12	Infeksi dan Parasit		651	20.32%	2552	79.68%	1163	45.57%	747	29.27%	629	24.65%	3	0.12%	10	0.39%
13	Pencernaan dan Hepatobilier		617	19.26%	2586	80.74%	965	37.32%	1342	51.89%	261	10.09%	13	0.50%	5	0.19%
14	Hematologi		651	20.32%	2552	79.68%	818	32.05%	1423	55.74%	288	11.29%	15	0.59%	8	0.31%
15	Alergi, Immunologi dan Rheumatologi		666	20.79%	2537	79.21%	833	32.83%	1258	49.59%	412	16.24%	27	1.06%	7	0.28%
16	Rekonstruksi dan Estetika		675	21.07%	2528	78.93%	1103	43.63%	1232	48.73%	145	5.74%	31	1.23%	17	0.67%
17	Keracunan		674	19.48%	2529	80.52%	974	37.77%	1265	49.83%	267	11.13%	19	0.74%	14	0.54%
18	Endokrin, Nutrisi, dan Metabolik		744	23.23%	2459	76.77%	1086	44.16%	894	36.36%	456	18.54%	13	0.53%	10	0.41%
19	Luka Bakar		640	19.98%	2563	80.02%	1175	45.84%	1187	46.31%	156	6.09%	25	0.98%	20	0.78%
20	Trauma		637	19.89%	2566	80.11%	1212	47.23%	1062	42.17%	223	8.69%	40	1.56%	9	0.35%
21	Jiwa		740	23.10%	2463	76.90%	1923	78.06%	445	18.07%	81	3.29%	9	0.37%	5	0.20%
22	Gigi dan Mulut		714	22.29%	2489	77.71%	1730	69.83%	714	28.69%	30	1.21%	3	0.12%	4	0.16%
23	Forensik		661	20.64%	2542	79.36%	1997	78.56%	462	18.17%	68	2.68%	15	0.59%	0	0.00%
24	Rehabilitasi		644	20.11%	2559	79.89%	1767	69.08%	557	21.77%	212	8.28%	23	0.90%	0	0.00%

*Eksklusi RS Bergerak, RS D Pratama, dan RS Belum Ditetapkan
Sumber: Data RS Online 5 Desember 2025

2025

4. draf RKMK Klasifikasi Pelayanan Rumah Sakit

2. Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi melalui Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi (SatuSehat Rujukan)

A. Latar Belakang

Transformasi Kesehatan Layanan Lanjutan bertujuan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan secara merata di Indonesia, terutama melalui empat strategi utama: (i) perluasan jejaring rumah sakit, (ii) penguatan sistem rujukan berbasis kompetensi yang terintegrasi, (iii) peningkatan standar pelayanan berkualitas tinggi, dan (iv) penguatan layanan terhadap 10 penyakit prioritas, mengacu pada Renstra Kementerian Kesehatan RI tahun 2025-2029, sistem rujukan diperkuat melalui program pengampunan rumah sakit, yang mencakup pemetaan kompetensi jejaring, standarisasi SDM dan sarana pelayanan, serta pendampingan teknis berkelanjutan dari rumah sakit pengampu.

Berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014 meningkatkan aksesibilitas dan afordabilitas masyarakat terhadap fasilitas kesehatan. Akan tetapi penerapan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang memunculkan keterbatasan akses pelayanan bagi masyarakat, dimana pasien untuk mendapatkan pelayanan untuk kasus-kasus rumit perlu dirujuk berulang kali dari tingkat pertama ke tingkat lanjutan hingga mencapai fasyankes tujuannya. Hal tersebut mengakibatkan perjalanan pasien menjadi memanjang yang dapat berujung pada keterlambatan penanganan. Selain itu konsep tersebut memunculkan penumpukan pasien pada fasyankes yang sebetulnya bukan menjadi tujuan dari pasien untuk penanganan kondisi medisnya karena perlunya mendapatkan rujukan secara berjenjang. Oleh sebab itu perlu pengaturan rujukan dengan konsep baru yang dapat mengarahkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis dari pasien yang akan mempersingkat waktu pelayanan dan pembiayaan yang perlu dikeluarkan secara keseluruhan.

Dengan terbitnya Permenkes RI Nomor 16 tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan menjadi awal perubahan konsep sistem rujukan menjadi berbasis kompetensi. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan merupakan suatu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik vertikal maupun horizontal. Pelayanan rujukan berbasis kompetensi didasarkan pada kebutuhan medis pasien dan dilaksanakan berdasarkan sesuai kompetensi fasilitas pelayanan kesehatan, dimulai dari baik pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FPKTP) sampai dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut (FPKTL).

Beberapa permasalahan lain yang ditemukan di tingkat masyarakat adalah masih adanya penolakan pasien di rumah sakit, proses rujukan yang relatif lama, kesulitan informasi ketersediaan ruangan/kamar perawatan, kesulitan mendapatkan informasi kompetensi tujuan rujukan berdasarkan ketersediaan SDM, Sarpras dan alat kesehatan yang tersedia, masalah administrasi yang rumit dalam melakukan rujukan, antrian pasien di pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit karena belum adanya informasi secara real time terkait jadwal praktek dokter dan jadwal pelayanan poliklinik di RS. Selain itu terdapat juga kesulitan yang dihadapi fasyankes seperti belum tersedianya media komunikasi rujukan yang standarisasi yang mengakibatkan tidak terjaminnya keamanan informasi medis pasien dalam proses koordinasi rujukan yang dilakukan. Banyaknya aplikasi rujukan yang dikembangkan baik oleh Kementerian Kesehatan, BPJS kesehatan maupun yang dikembangkan oleh pemerintah

daerah masing-masing juga menimbulkan kendala berupa menimbulkan duplikasi data serta kebingungan di Fasyankes baik perujuk maupun penerima rujukan.

Pemanfaatan sistem informasi yang baik dan saling terintegrasi menjadi salah satu pilihan dalam mengatasi permasalahan-permasalahan tersebut, serta juga akan mendukung implementasi penataan sistem rujukan berbasis kompetensi. Inovasi bahwa sistem rujukan secara terintegrasi pengembangan sistem informasi. Sehingga perlu dilakukan pengembangan dan penyediaan sistem informasi rujukan terintegrasi bersifat online untuk mempermudah dan mempercepat proses rujukan, integrasi data dalam satu sistem yang memungkinkan fasyankes dapat saling mendapatkan informasi pasien yang akan dirujuk dan juga fasyankesnya yang sesuai.

B. Manfaat dan Keunggulan

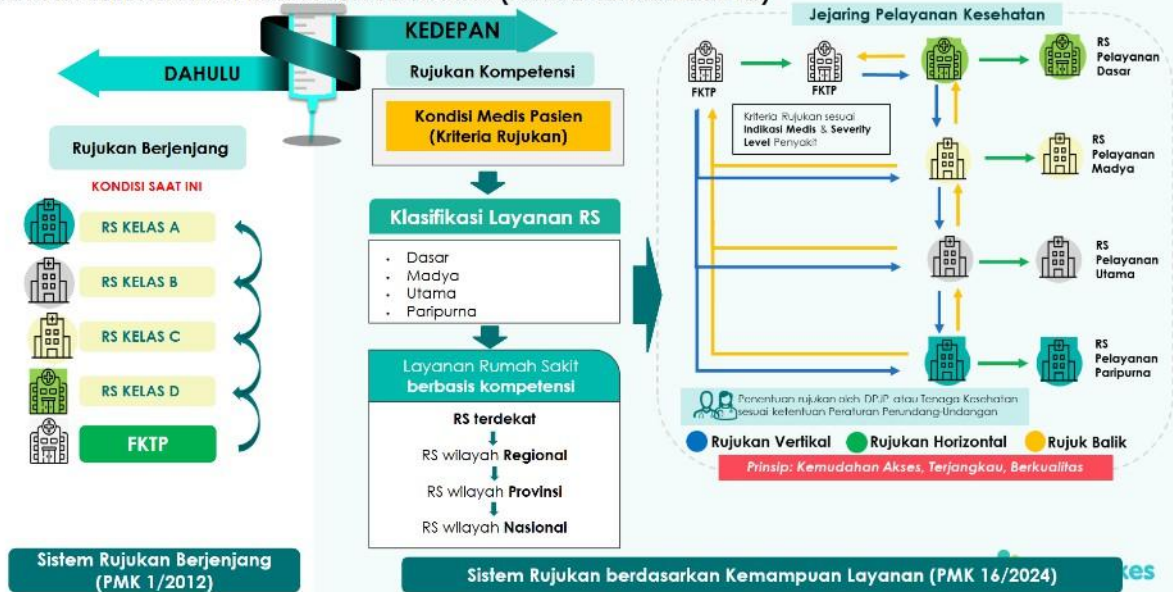
Beberapa keunggulan sistem rujukan berbasis kompetensi melalui sistem informasi rujukan terintegrasi antara lain:

1. Rujukan dilakukan berbasis kompetensi antar fasyankes, pasien diarahkan ke fasyankes yang memang memiliki kompetensi sesuai dengan kondisi medis pasien (kriteria rujukan).
2. Memudahkan akses pelayanan ke tempat pelayanan kesehatan terdekat dan sesuai kompetensi.
3. Sebagai media komunikasi dan informasi dalam sistem rujukan berbasis kompetensi dengan pemanfaatan sistem informasi rujukan terintegrasi.
4. Terimplementasikan prosedur dan tata cara rujukan yang terstandar, efektif, efisien secara cepat, tepat, efektif dan efisien dalam satu sistem.
5. Meningkatkan efisiensi pelayanan rujukan, kuantitas, kualitas dan validitas data melalui penginputan data dari satu sumber melalui sistem informasi rujukan yang terintegrasi.
6. Menjadi sumber data pendukung tentang rujukan dalam rangka terbentuknya data kesehatan (satu data) di Indonesia yang terintegrasi dan komprehensif.
7. Mendukung kebijakan pemerintah terhadap peningkatan mutu dan akses pelayanan kesehatan yang merata, berkualitas, dan berkelanjutan.

C. Data Dukung

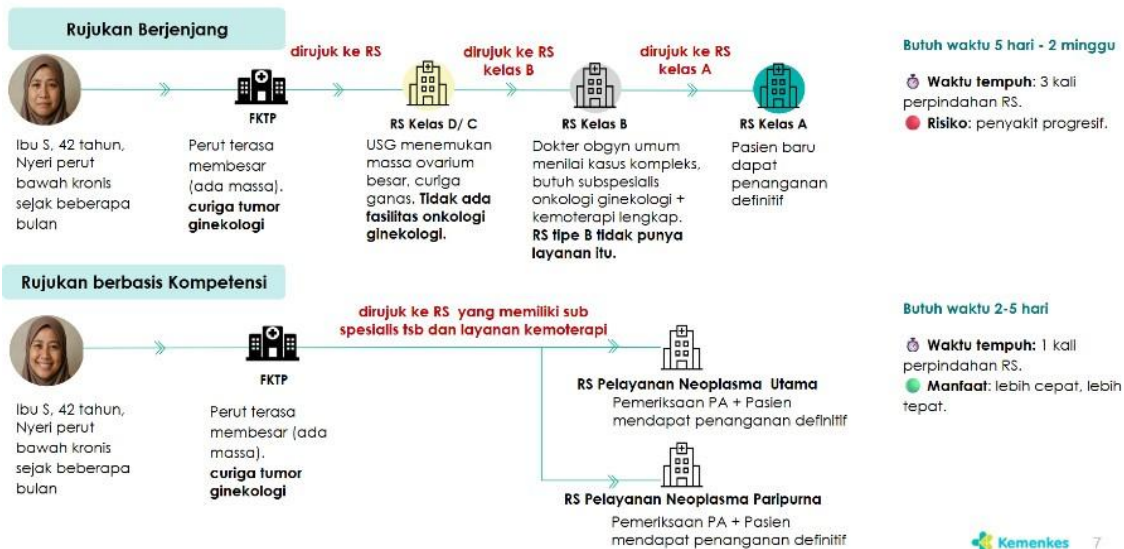
1. Perubahan Sistem Rujukan

**TERBITNYA UU 17 TAHUN 2023 DAN PMK 16 TAHUN 2024
MENDORONG PERUBAHAN SISTEM RUJUKAN DARI BERJENJANG BERDASARKAN KELAS RS
MENJADI BERDASARKAN KEMAMPUAN LAYANAN (Perubahan Klasifikasi RS)**

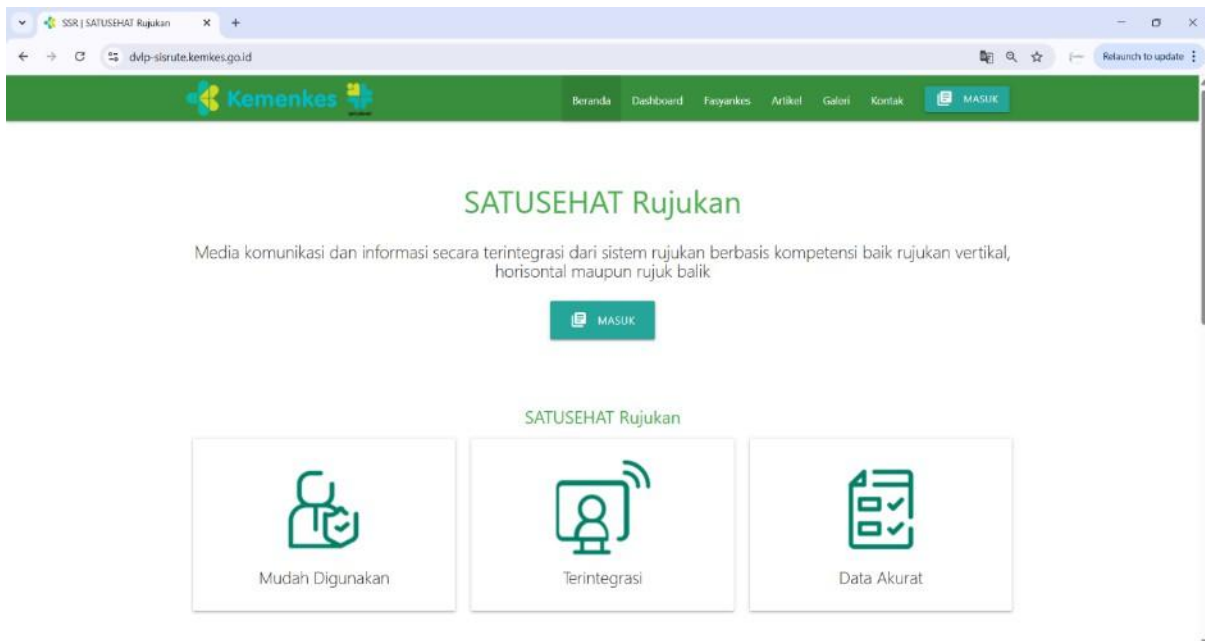


Rujukan berbasis kompetensi mengefisienkan alur rujukan

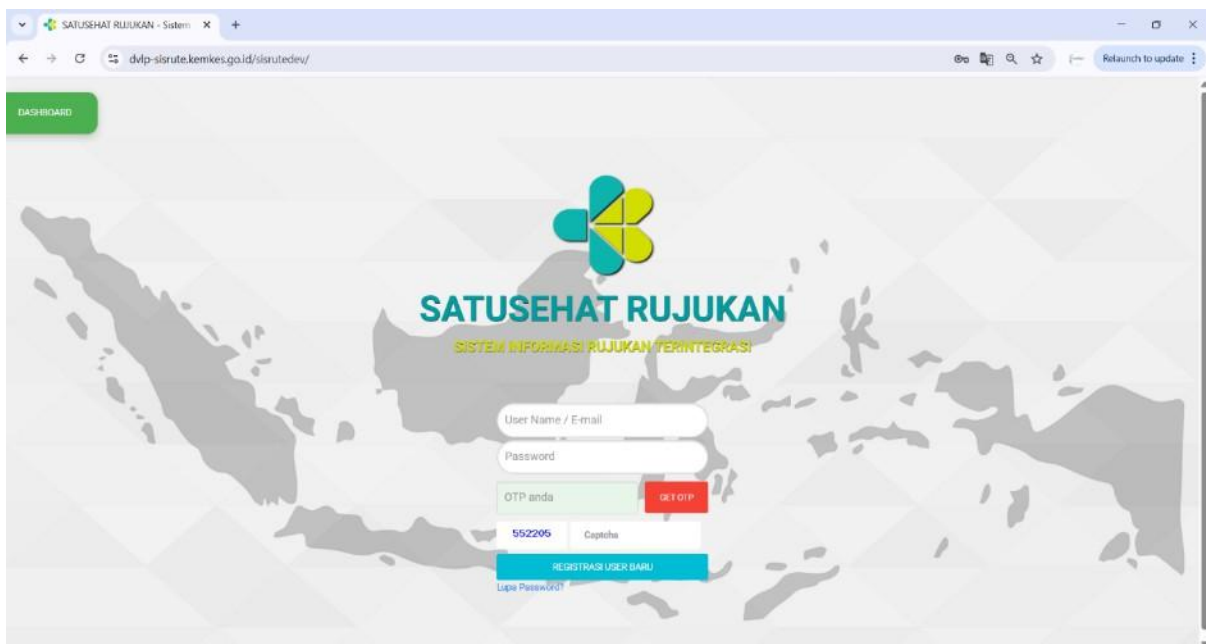
Pasien dapat dilayani lebih cepat dan tepat



2. Aplikasi SatuSehat Rujukan



3. Video fitur dan panduan penggunaan SatuSehat Rujukan



https://drive.google.com/file/d/1nFcGJ6F3897kp7cpvwRtlb-_JPmmSCz3/view?usp=sharing

<https://drive.google.com/file/d/1OtNF9uGmHIKZ4v4sHICDXhx6w9CaCQ2h/view?usp=sharing>

4. Juknis Singkat Penggunaan SatuSehat Rujukan

https://drive.google.com/file/d/1iJUTTZPBq8V2ifq_sRJJTF-FIUSW-UI-/view?usp=sharing

5.

Petunjuk Teknis
Sistem Informasi Rujukan Berbasis Kompetensi
(SatuSehat Rujukan)
Penggunaan Aplikasi SatuSehat Rujukan



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 Kesehatan Lanjutan tahun 2025 secara umum ada beberapa indikator yang mencapai target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja antara Menteri Kesehatan dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Pencapaian pada tahun 2025 ini diharapkan dapat menjadi parameter agar kegiatan-kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan hal-hal yang menghambat tercapainya target diharapkan dapat ditemukan solusi serta alternatif penyelesaiannya dengan mengedepankan profesionalisme di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Untuk itu perlu dikembangkan inovasi-inovasi program yang mendukung terhadap kebijakan Kementerian Kesehatan yang tertuang dalam Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2025-2029, dengan melakukan inovasi diharapkan pencapaian indikator kinerja Ditjen Kesehatan Lanjutan yang ada pada Rancangan Renstra Kemkes 2025-2029 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 8 indikator tahun 2025 tercapai yaitu:

1. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1% sebesar 34,43% (Target 25%)
2. Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center sebesar 10,3% (target 10%)
3. Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi sebesar 4 layanan (target 4 layanan)
4. Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional sebesar 10 RS

(target 10 RS)

5. Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP sebesar 3 CRU (target 3 CRU)
6. Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna sebesar 38,47% (target 38%)
7. Tingkat kepuasan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan sebesar 90,64 (target 77)
8. Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas sebesar 84,17% (target 84,17%)

Terdapat 5 indikator tahun 2025 yang belum tercapai yaitu:

1. Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eklampsia & pendarahan postpartum) < 1% sebesar 0% (Target 25%)
2. Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi sebesar 1,38 (Target 1,5)
3. Persentase Fasyankes lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas sebesar 40,1% (target 50)
4. Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas sebesar 19% (target 25%)
5. Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar 9,52% (target 10%)

Indikator yang belum tercapai karena masih dalam proses dalam pencapaian indikatornya dan periode waktunya baru 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



DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

Nama : Azhar Jaya
Jabatan : Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
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.

Pihak Kedua,

Jakarta, Desember 2025
Pihak Pertama,

Budi G. Sadikin

Azhar Jaya

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
I	Tujuan 1: Masyarakat sehat di setiap siklus hidup	IT 1 Usia Harapan Hidup Sehat**	
	Sasaran Strategis 1.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan promotif dan preventif	ISS 1 Angka Kematian Ibu**	
	024.DG Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
	Sasaran Program: Meningkatnya kualitas layanan obstetric di RS	IKP 1.4 Persentase Kab/kota dengan CFR direct obstetric (eclampsia & perdarahan postpartum) < 1%	25%
II	Tujuan 2: Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	IT 2 Cakupan Layanan Kesehatan Esensial**	
	Sasaran Strategis 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	ISS 14 Persentase Kab/Kota dengan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar*	55%
		ISS 16 Persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi paripurna	33%
		ISS 17 Tingkat kepuasan pasien terhadap layanan Kesehatan	77 (Nilai)
	024.DG Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
	Sasaran Program: Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan	IKP 14.1 Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan dengan SPA Kesehatan sesuai standar	45%
IKP 14.2 Rasio tempat tidur (TT)		1,5 per	

Halaman 1 dari 4

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		terhadap populasi	1.000 penduduk
		IKP 16.3 Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	50%
		IKP 16.4 Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	38%
		IKP 16.5 Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	25%
		IKP 16.6 Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	10%
		IKP 16.7 Persentase Kab/kota yang memiliki RS dengan layanan trauma center	10%
		IKP 17.2 Tingkat kepuasan pasien di Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan	77 (Nilai)
		IKP.17.4 Persentase puskesmas yang melakukan kolaborasi dengan FKTP lain dalam mendukung pelaksanaan program prioritas	84,17%
III	Tujuan 5: Teknologi Kesehatan yang Maju	IT 5	Persentase Populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional**
	Sasaran Strategis 5.1 Meningkatnya kualitas	ISS 31	Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang
			100%

Halaman 2 dari 4

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	ekosistem teknologi kesehatan dan uji klinis	diimplementasikan ISS 32 Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia**	
	024.DG Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
	Sasaran Program: Meningkatnya layanan berbasis kedokteran presisi	IKP 31.1 Jumlah layanan berbasis kedokteran presisi	4 Layanan
	Sasaran Program: Meningkatnya kapabilitas riset di RS	IKP 32.2 Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan hasil riset translasional IKP 32.3 Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	10 RS 3 RS
IV	Tujuan 6: Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien	IT 6 Nilai Good Public Governance Kementerian Kesehatan**	
	Sasaran Strategis 6.1 Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	ISS 33 Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan*	91,96 (Nilai)
	024.WA Program Dukungan Manajemen		
	Sasaran Program: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan	IKM 33.1 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan IKM 33.2 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan IKM 33.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan IKM 33.4 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	77 (Nilai) 92,35 (Nilai) 81 (Nilai) 95%

Halaman 3 dari 4

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		IKM 33.5 Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	3,95 (Nilai)
		IKD 33.1 Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan	96%

Keterangan:

* : Kontributor (Indikator Kinerja dan Target ditampilkan)

** : Kolaborator (Target Indikator Kinerja tidak ditampilkan)

IKM : Indikator Kinerja Mandatory Program Dukungan Manajemen

IKD : Indikator Kinerja Direktif Pimpinan

Program

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN
2. Program Dukungan Manajemen

Anggaran

Rp. 30.670.297.921.000
Rp. 3.545.162.156.000

**Total Anggaran DIPA Direktorat Jenderal
Kesehatan Lanjutan**

Rp. 34.215.460.077.000

Pihak Kedua,



Budi G. Sadikin

Jakarta, Desember 2025

Pihak Pertama,



Azhar Jaya

LAMPIRAN 2 Rincian Realisasi Anggaran Lainnya

Tabel L2.1 Alokasi dan Realisasi Anggaran Ditjen Kesehatan Lanjutan Tahun Anggaran 2025 Berdasarkan Sumber Dana

No	Sumber Dana	Alokasi	Realisasi	%
1	Rupiah Murni	8.492.816.855.000	7.217.511.980.890	84.98%
2	Pinjaman Luar Negeri	4.733.264.805.000	1.924.335.724.771	40.66%
3	Penerimaan Negara Bukan Pajak	109.310.085.000	99.680.492.608	91.19%
4	Badan Layanan Umum	18.420.147.997.000	16.863.512.513.858	91.55%
5	Saldo Awal BLU	2.672.374.114.000	2.523.695.476.017	94.44%
6	Hibah Langsung Luar Negeri	2.033.548.000	2.029.174.072	99.78%
Total		34.429.947.404.000	28.630.765.362.216	83.16%

Sumber data: OM SPAN per 30 Januari 2026

Tabel L2.4 Alokasi dan Realisasi Anggaran Kantor Daerah (Rumah Sakit Umum Pusat) Tahun Anggaran 2025

No	Satuan Kerja	Pagu	Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	%
1	RSUP RATATOTOK BUYAT	45.909.801.000	54.670.000	45.855.131.000	45.475.533.512	99,05%
2	RSUP MBEN BOI KUPANG	133.736.988.000	853.627.000	132.883.361.000	132.036.913.935	98,73%
3	RSUP SURABAYA	93.652.767.000	-	93.652.767.000	92.078.656.557	98,32%
4	RSUP DR.RIVAI ABDULLAH	75.146.842.000	674.888.000	74.471.954.000	73.440.601.496	97,73%
5	RSUP SITANALA	226.269.866.000	5.161.787.000	221.108.079.000	219.876.175.476	97,17%
6	RSUP FATMAWATI	1.048.368.035.000	11.073.155.000	1.037.294.880.000	1.016.673.045.068	96,98%
7	RSUP DR WAHIDIN	1.182.365.084.000	17.771.052.000	1.164.594.032.000	1.144.123.804.989	96,77%
8	RSUP DR M JAMIL PADANG	1.052.318.483.000	21.586.293.000	1.030.732.190.000	1.016.915.307.410	96,64%
9	RSUP PROF. DR. I.G.N.G NGOERAH	1.427.440.218.000	26.234.471.000	1.401.205.747.000	1.376.067.065.931	96,40%
10	RSUP Dr. J. LEIMENA AMBON	161.757.519.000	1.311.168.000	160.446.351.000	155.605.613.165	96,20%
11	RSUP SURAKARTA	83.558.685.000	1.427.432.000	82.131.253.000	80.166.075.860	95,94%
12	RSUP DR. SOERADJI	632.913.694.000	6.192.687.000	626.721.007.000	601.723.231.306	95,07%
13	RSUP PERSAHABATAN	859.828.738.000	13.946.479.000	845.882.259.000	816.142.940.161	94,92%
14	RSUP MAKASSAR	145.925.581.000	-	145.925.581.000	138.027.712.319	94,59%
15	RSUPN DR CIPTO MANGUNKUSUMO	3.374.294.434.000	2.154.729.000	3.372.139.705.000	3.139.889.630.356	93,05%
16	RSUP DR. TADJUDDIN CHALID	247.003.768.000	813.629.000	246.190.139.000	229.791.450.614	93,03%
17	RSUP DR HASAN SADIKIN	1.752.576.910.000	11.752.208.000	1.740.824.702.000	1.618.668.819.719	92,36%
18	RSUP DR KARIADI	1.718.711.548.000	11.474.936.000	1.707.236.612.000	1.583.381.356.303	92,13%
19	RSUP JAYAPURA	77.068.497.000	-	77.068.497.000	70.679.291.677	91,71%
20	RSUP DR SARDJITO	1.902.929.757.000	17.878.502.000	1.885.051.255.000	1.743.850.622.701	91,64%
21	RSUP H. ADAM MALIK	1.046.236.614.000	11.836.775.000	1.034.399.839.000	951.608.907.589	90,96%
22	RSUP DR. MOHAMMAD HOESIN	1.456.623.277.000	38.270.525.000	1.418.352.752.000	1.370.197.802.653	94,07%
23	RSUP IKN	76.797.377.000	-	76.797.377.000	65.678.154.251	85,52%

No	Satuan Kerja	Pagu	Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	%
24	RSUP PROF.DR.R.D. KANDOU	1.071.211.788.000	4.571.760.000	1.066.640.028.000	806.466.494.506	75,29%
Sub Total		19.892.646.271.000	205.040.773.000	19.687.605.498.000	18.488.565.207.554	93,91%

Sumber data: OM SPAN per 31 Januari 2026

Tabel L2.5 Alokasi dan Realisasi Anggaran Kantor Daerah (Rumah Sakit Khusus) Tahun Anggaran 2025

No	Satuan Kerja	Pagu	Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	%
1	RSJ DR. SOEHARTO HEERDJAN	124.401.431.000	1.642.932.000	122.758.499.000	121.420.613.863	97,60%
2	RS PARU DR. M. GOENAWAN	122.926.345.000	177.884.000	122.748.461.000	119.483.038.216	97,20%
3	RSKO JAKARTA	74.479.314.000	566.695.000	73.912.619.000	71.831.430.174	96,44%
4	RS PARU DR. ARIO WIRAWAN	150.890.539.000	1.340.115.000	149.550.424.000	144.625.877.231	95,85%
5	RS OTAK DR. DRS. M. HATTA	210.912.953.000	3.385.955.000	207.526.998.000	200.103.249.948	94,87%
6	RSJ DR. MARZUKI MAHDI	181.425.998.000	3.424.319.000	178.001.679.000	171.021.868.115	94,27%
7	RSJ PROF. DR. SOEROYO MAGELANG	202.314.500.000	8.285.690.000	194.028.810.000	189.901.710.101	93,86%
8	RS MATA CICENDO	316.466.073.000	14.148.091.000	302.317.982.000	294.447.432.917	93,04%
9	RSJPD HARAPAN KITA JAKARTA	1.283.017.157.000	44.076.544.000	1.238.940.613.000	1.188.746.047.770	92,65%
10	RSJ DR. RADJIMAN LAWANG	164.672.949.000	8.918.939.000	155.754.010.000	151.746.738.010	92,15%
11	RS PARU DR. H.A. ROTINSULU	167.037.020.000	6.260.627.000	160.776.393.000	153.337.847.545	91,80%
12	RS KANKER DHARMAIS	1.525.261.463.000	83.744.644.000	1.441.516.819.000	1.383.611.397.324	90,71%
13	RS PON PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO	657.729.847.000	28.534.961.000	629.194.886.000	593.149.487.418	90,18%
14	RS MATA MAKASSAR	63.584.824.000	785.237.000	62.799.587.000	56.215.370.850	88,41%
15	RSO PROF. DR.R. SOEHARSO	416.163.497.000	51.095.269.000	365.068.228.000	351.468.910.340	84,45%
16	RSPI PROF. DR. SULIANTI SAROSO	167.700.532.000	1.946.644.000	165.753.888.000	141.119.315.315	84,15%
17	RSAB HARAPAN KITA	636.045.066.000	81.898.170.000	554.146.896.000	515.333.044.647	81,02%
Sub Total		6.465.029.508.000	340.232.716.000	6.124.796.792.000	5.847.563.379.784	95,47%

Sumber data: OM SPAN per 31 Januari 2026

Tabel L2.6 Alokasi dan Realisasi Anggaran Kantor Daerah (Balai/ /Unit)
Tahun Anggaran 2025

No	Satuan Kerja	Pagu	Blokir	Pagu Non Blokir	Realisasi	%
1	UPK KEMENKES RI	13.281.797.000	478.551.000	12.803.246.000	12.592.277.013	94,81%
2	BB BINOMIKA JAKARTA	166.711.548.000	22.244.555.000	144.466.993.000	130.276.479.438	78,14%
Sub Total		179.993.345.000	22.723.106.000	157.270.239.000	142.868.756.451	79,37%

Sumber data: OM SPAN per 31 Januari 2026

LAMPIRAN 3 Rincian Tabel Pelaporan BMN Ditjen Keslan Tahun 2025

LAPORAN POSISI BARANG MILIK NEGARA DI NERACA POSISI PER TANGGAL 31 DESEMBER 2025 TAHUN ANGGARAN 2025

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAPPB-E1 : 04 DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN

Tgl.Data : 02/02/26 12:49 AM
Tgl.Cetak : 02/02/26 9:14 AM
Halaman : 1
Kode Lap : lap_bmn_neraca_face_es1_poc

AKUN NERACA		JUMLAH
KODE	URAIAN	
1	2	2
117111	Barang Konsumsi	209,365,571,209
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	18,715,392,765
117114	Suku Cadang	29,818,924,409
117124	Peralatan dan Mesin untuk dijual atau diserahkan kepada	112,560,929,904
117129	Persediaan Dalam Proses	1,808,227,596,854
117131	Bahan Baku	80,474,007,746
117199	Persediaan Lainnya	1,604,888,393,971
131111	Tanah	51,764,190,759,767
132111	Peralatan dan Mesin	30,004,189,499,918
133111	Gedung dan Bangunan	21,194,237,514,172
134111	Jalan dan Jembatan	131,816,313,918
134112	Irigasi	82,919,585,069
134113	Jaringan	630,146,268,297
135111	Aset Tetap Renovasi	94,885,020
135121	Aset Tetap Lainnya	57,080,088,248
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	5,495,206,237,358
137111	Akumulasi Penyusutan Peralatan dan Mesin	(22,838,340,810,553)
137211	Akumulasi Penyusutan Gedung dan Bangunan	(3,575,971,294,607)
137311	Akumulasi Penyusutan Jalan dan Jembatan	(67,470,566,474)
137312	Akumulasi Penyusutan Irigasi	(30,653,064,899)
137313	Akumulasi Penyusutan Jaringan	(235,174,265,191)
137411	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap Lainnya	(1,010,768,239)
162121	Hak Cipta	118,416,340
162141	Paten	22,500,000
162151	Software	122,360,314,165
162161	Lisensi	13,489,148,752
162171	Hasil Kajian/Penelitian	1,317,503,299
162191	Aset Tak Berwujud Lainnya	4,732,031,540
162311	Aset Tak Berwujud Dalam Pengerjaan	6,761,750,000
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	1,797,264,096,471
166113	Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan dalam Operasional	8,209,499,285
169122	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap yang Tidak Digunakan dalam	(1,747,972,665,276)
169312	Akumulasi Amortisasi Hak Cipta	(2,505,071)
169314	Akumulasi Amortisasi Paten	(22,500,000)
169315	Akumulasi Amortisasi Software	(109,682,665,367)
169316	Akumulasi Amortisasi Lisensi	(7,483,956,689)
169317	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berwujud Lainnya	(168,622,599)
169318	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan	(8,175,499,285)
J U M L A H		86,556,078,044,227