



BerAKHLAK #beriboga
#meloyang
#bangsat



LAPORAN KINERJA

**RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT
KABUPATEN JEMBER**

Jl. MH Thamrin No. 31 Kalisat, Jember 68193

Telp : (0331) 591038

Surel : rsd.kalisat@jemberkab.go.id

Laman : www.rsdkalisat@jemberkab.go.id

2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penyusunan Laporan Kinerja RSD Kalisat Tahun 2025 dapat kami selesaikan.

Laporan Kinerja RSD Kalisat disusun sesuai dengan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dan 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.

Laporan Kinerja RSD Kalisat ini merupakan bentuk akuntabilitas publik dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah dan atas penggunaan anggaran. Laporan ini sebagai media informasi publik atas capaian kinerja yang terukur dan bertujuan untuk memberikan gambaran tingkat pencapaian instansi yang mengindikasikan tingkat keberhasilan dan kegagalan pencapaian sasaran strategis berdasarkan indikator yang ditetapkan.

Diharapkan penyajian Laporan Kinerja ini dapat menjadi bahan evaluasi untuk perbaikan kinerja agar lebih berorientasi hasil, relevan efektif dan efisien dan berkelanjutan di masa mendatang.

Jember, 19 Februari 2026

Direktur RSD Kalisat



dr. Nuruliah Hidayahningtyas, MM
Pembina 3k I/IV b
NIP. 19710702 200212 2 008

DAFTAR ISI

	Hal
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
IKHTISAR EKSEKUTIF	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN	1
C. TUGAS, FUNGSI DAN SUSUNAN ORGANISASI	1
D. BUKUNGAN SDM, SARANA PRASARANA DAN ANGGARAN	19
E. ISU STRATEGIS ORGANISASI	21
F. TINDAK LANJUT ATAS LAPORAN HASIL EVALUASI SAKIP TH.2025	22
BAB II. PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	27
A. RENCANA STRATEGIS	27
B. INDIKATOR KINERJA UTAMA	30
C. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025	35
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA	38
A. KERANGKA PENGUKURAN KINERJA TAHUN 2025	38
B. CAPAIAN DAN ANALISIS KINERJA – PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025 DENGAN DASAR RENSTRA 2021 – 2026	39
C. CAPAIAN DAN ANALISIS KINERJA – PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025 DENGAN DASAR RENSTRA 2025 – 2029	45
D. AKUNTABILITAS KEUANGAN	54
BAB IV. PENUTUP.	55
A. KESIMPULAN	55
B. LANGKAH PERBAIKAN KINERJA	56
LAMPIRAN	
Lampiran 1: Perjanjian Kinerja Tahun 2025	
Lampiran 2: Perjanjian Kinerja Perubahan Tahun 2025	
Lampiran 3: Keputusan Kepala PD Tentang Indikator Kinerja Utama (Renstra 2021-2026	
Lampiran 4: Keputusan Kepala PD Tentang Indikator Kinerja Utama (Renstra 2025-2029	

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja RSD Kalsiat tahun 2025 menyajikan 2 analisis dan evaluasi terhadap capaian kinerja, yaitu :

- a. Capaian Kinerja yang diperjanjikan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2025 awal, disusun berdasarkan pada Renstra (Perubahan) 2021-2026, terdiri dari 1 (satu) tujuan, dan 1 (satu) sasaran
- b. Capaian Kinerja yang diperjanjikan dalam Perjanjian Kinerja-Perubahan tahun 2025, yang disusun berdasarkan Renstra 2025-2029, terdiri dari 1 (satu) Tujuan, dan 1 (satu) sasaran

Rincian realisasi indikator kinerja pada PK 2025 yang disusun berdasarkan Renstra 2021-2026 adalah sebagai berikut :

No	Tujuan / Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan	Tingkat Kelulusan Akreditasi RS	Panorama	Panorama	100%
		Kematangan Inovasi dalam Penghargaan Inovative Government Awards (IGA)	80	79	98,75 %

Dan hasil pengukuran realisasi kinerja terhadap 2 (dua) indikator, dapat disimpulkan bahwa:

- Sebanyak 1 (satu) indikator tercapai sesuai target, dengan capaian realisasi sama dengan atau diatas 100%
- Sebanyak 1 (satu) indikator tidak tercapai sesuai target, dengan capaian realisasi dibawah 100%

Rincian realisasi indikator kinerja pada PK 2025 yang disusun berdasarkan Renstra 2025-2029 adalah sebagai berikut :

No	Tujuan / Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian
	Tujuan Meningkatkan Akses Kesehatan Masyarakat Yang Berkualitas serta Sehat	Indeks Kesehatan	0,84	0,84	100%
	Sasaran	Indeks Pelayanan Publik (IPP)	4,64	2,20	47,4%

Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Pencapaian Kinerja serta Pelayanan Publik Daerah	Kinerja Efektifitas Target Pelayanan Peringkat Daerah	Nilai SAKIP Perangkat Daerah (Nilai)	81,00	85,99	106,16%
		Persentase Capaian Mutu Rumah Sakit Pemerintah	30%	90,19%	112,73%

Dan hasil pengukuran realisasi kinerja terhadap 3 (tiga) indikator, dapat disimpulkan bahwa:

- Sebanyak 2 (dua) indikator tercapai sesuai target, dengan capaian realisasi sama dengan atau diatas 100%
- Sebanyak 1 (satu) indikator tidak tercapai sesuai target, dengan capaian realisasi dibawah 100%

Terhadap capaian kinerja tersebut terdapat beberapa tantangan yang perlu menjadi perhatian bagi RSD Kalsat, yaitu

- Menambah SDM Kesehatan, jumlah tenaga medis, paramedis, dan tenaga pendukung operasional RSD Kalsat
- sarana prasarana dan infrastruktur RSD Kalsat guna menunjang layanan rumah sakit yang terus berkembang menyesuaikan kebutuhan masyarakat.

Kinerja keuangan pada tahun 2025 menunjukkan realisasi sebesar Rp.32.436.432.162,00 atau 61,49 % dari total pagu anggaran sebesar Rp.52.751.680.549,60

Capaian Kinerja RSD Kalsat diharapkan dapat meningkat dari tahun ke tahun. Untuk itu diperlukan upaya bersama untuk dapat mewujudkan harapan tersebut

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKIP) merupakan bagian dari penerapan Sistem Akuntabilitas Instansi Pemerintah. LKIP merupakan bentuk pertanggung jawaban dari kinerja yang dipertanggungjawabkan dalam Perjanjian Kinerja, atas penggunaan anggaran yang bersumber dari APBD dan / atau APBN. Dasar hukum penyusunan laporan kinerja antara lain :

1. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah

B. TUJUAN

Penyusunan Laporan Kinerja bertujuan untuk :

1. Memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai
2. Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan untuk meningkatkan kinerja instansi

C. TUGAS, FUNGSI DAN SUSUNAN ORGANISASI

Pelaksanaan tugas dan fungsi RSD Kalisat pada tahun 2025 berpedoman pada Peraturan Bupati Jember Nomor 29 Tahun 2023 tentang tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah Kalisat Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Tugas pokok dan fungsi sebagai berikut :

1. Rumah Sakit Daerah Kalisat merupakan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah.

2. Rumah Sakit Daerah Kalisat dipimpin oleh direktur yang merupakan seorang tenaga medis dan memiliki kemampuan serta keahlian dibidang perumahsakit.
3. Rumah Sakit Daerah Kalisat mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan, rawat intensif, gawat darurat dan kamar operasi.
4. Rumah Sakit Daerah Kalisat dalam melaksanakan tugasnya mempunyai fungsi:
 - a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar rumah sakit;
 - b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis;
 - c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dan pembenaran pelayanan kesehatan; dan
 - d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.
5. Susunan organisasi Rumah Sakit Daerah Kalisat terdiri dari :

5.1 Direktur

Direktur mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijaksanaan pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan, serta mengawasi dari pengendalian penyelenggaraan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan.

Dalam melaksanakan tugas direktur menyelenggarakan fungsi:

- a. Pengkoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit;
- b. Pelaksanaan Koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi baik dalam lingkungan RSD Kalisat maupun instansi/ Unit Kerja lain di luar RSD Kalisat;
- c. pengkoordinasian Perencanaan dan Penetapan kebijakan Teknis Pembinaan RSD Kalisat;
- d. penetapan kebijakan penyelenggaraan rumah sakit sesuai dengan kewenangannya;

- e. penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit;
- f. pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit;
- g. evaluasi, pencatatan dan pelaporan; dan
- h. Pemberian saran dan/ atau pertimbangan kepada bupati tentang langkah-langkah atau tindakan yang perlu diambil

5.2 Bagian Umum dan Kepegawaian

Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, mengkoordinasikan, mengawasi, membina dan mengevaluasi penyelenggaraan pelayanan administrasi dan pemenuhan kebutuhan di bagian umum, penatausahaan aset/barang milik daerah, pelaksanaan kegiatan promosi dan publikasi, perlengkapan serta keperluan lain kepada semua unsur yang ada di lingkungan rumah sakit.

Dalam melaksanakan tugas Bagian Umum dan kepegawaian mempunyai fungsi :

- a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan dibagian umum kepegawaian dan promosi;
- b. pemberian arahan dan petunjuk teknis dibagian umum kepegawaian dan promosi;
- c. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas dibagian umum kepegawaian dan promosi;
- d. penyempurnaan konsep naskah dinas keluar sesuai dengan kewenangannya;
- e. penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas sesuai bagienya;
- f. pelaksanaan pembinaan instalasi dibawah koordinasinya; dan
- g. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur

Bagian Umum dan kepegawaian dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

5.2.1. Sub Bagian Umum, Promosi dan Perlengkapan

Sub Bagian Umum Promosi dan Perlengkapan mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan pemberian pelayanan administrasi dan pemenuhan kebutuhan di bidang Umum, Promosi dan Perlengkapan, penatausahaan aset dan barang milik daerah serta keperluan lain kepada semua unsur yang ada di lingkungan Rumah Sakit.

Dalam melaksanakan tugas Sub Bagian Umum Promosi dan Perlengkapan mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Penyusunan rencana kegiatan Bagian Umum Promosi dan Perlengkapan,
- b. Penyusunan rencana kebutuhan sarana prasarana dan peningkatan kompetensi pegawai Bagian Umum, promosi dan perlengkapan;
- c. Pengelolaan urusan rumah tangga, surat menyurat dan kearsipan, pengelolaan tata naskah dinas manual dan elektronik;
- d. Pengaturan tata laksana sarana/prasarana rumah sakit beserta kelengkapannya,
- e. pengelolaan administrasi perlengkapan perkantoran, menyusun rencana pemeliharaan dan pelaksanaan pemeliharaan sarana/prasarana;
- f. penatausahaan penggubatan barang/aset milik daerah;
- g. pengelolaan kendaraan dinas dan perjalanan dinas;
- h. pengelolaan proses pengadaan barang dan jasa;
- i. pengelolaan Kebersihan, ketertiban, keamanan;
- j. pengelolaan limbah Rumah Sakit;
- k. pelaksanaan telaah dan perumusan produk hukum dan perundang-undangan,
- l. penyempurnaan konsep naskah regulasi rumah sakit;
- m. penyusunan konsep surat menyurat internal dan eksternal sesuai bidang tugas Bagian Umum, Promosi dan Perlengkapan,

- n. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
- o. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian.

Sub Bagian Umum, Promosi dan Perlengkapan dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Umum, Promosi dan Perlengkapan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian.

5.2.2. Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM

Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, mengkoordinasikan, mengawasi, membina, dan mengevaluasi kegiatan peningkatan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian.

Dalam melaksanakan tugas Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Penyusunan rencana kebutuhan tenaga dan sarana prasarana peningkatan kompetensi SDM rumah sakit;
- b. Penyusunan rencana dan memelihara data perencanaan Kepegawaian dan rencana Pengembangan SDM rumah sakit;
- c. perumusan kebijakan dibidang kegiatan Sub bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- d. pengelolaan administrasi kepegawaian;
- e. menyalurkan data usulan pengangkatan, penempatan dalam jabatan, Pendidikan lanjutan, hukuman dalam jabatan, pemberhentian, mutasi (pemindahan atau kenaikan pangkat, kenaikan gaji berkala), bebas tugas, pemberian tanda jasa dan segala sesuatu yang berhubungan dengan kepegawaian;
- f. penyusunan indikator kinerja bagi pegawai rumah sakit;

- g. menyiapkan bahan dan upaya dalam meningkatkan disiplin pegawai serta mengurus kesejahteraan dan kedudukan hukum pegawai;
- h. pelaksanaan kebijakan dan evaluasi pelaksanaan tugas Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- i. pemberian arahan pelaksanaan Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- j. pengkoordinasian penyelenggaraan Reformasi Birokrasi dan Zona Integritas;
- k. penyusunan konsep surat menyurat internal dan eksternal sesuai Bidang tugas Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- l. penyusunan konsep naskah regulasi kepegawaian dan pengembangan SDM di internal Rumah Sakit Daerah;
- m. pelaksanaan koordinasi rencana kebutuhan kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan;
- n. pelaksanaan kegiatan pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- o. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai sub bagianya; dan
- p. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian.

Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian.

5.3. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan.

Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, mengkoordinasikan, mengawasi, membina, dan mengevaluasi penyelenggaraan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan, serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Dalam melaksanakan tugas Bidang Pelayanan Medis dan pelayanan keperawatan mempunyai fungsi:

- a. perumusan kebijakan di bidang pelayanan Medis dan pelayanan keperawatan;
- b. penyusunan rencana kebutuhan sarana dan prasarana di bidang pelayanan medis dan keperawatan;
- c. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bidang pelayanan Medis dan pelayanan keperawatan;
- d. pemberian arahan pemasaran, informasi pelayanan dan pengembangan pelayanan Medis dan pelayanan keperawatan;
- e. pemberian arahan pelaksanaan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan;
- f. pengkoordinir hasil evaluasi mutu dan keselamatan pasien;
- g. penyempurnaan konsep naskah dinas keluar sesuai kewenangannya;
- h. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
- i. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur

Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pelayanan medis dan keperawatan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

5.3.1. Seksi Pelayanan Medis

Seksi Pelayanan Medis mempunyai tugas melaksanakan pengkoordinasian kebutuhan pelayanan medis, pengawasan penggunaan fasilitas pelayanan medis, membina hasil pemantauan dan evaluasi pelayanan medis dan mengkoordinasikan kegiatan instalasi pelayanan medis.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud Pelayanan Medis mempunyai fungsi sebagai berikut

- a. penyusunan rencana kegiatan pelayanan medis;
- b. pengkoordinasian kebutuhan pelayanan medis;
- c. pengawasan penggunaan fasilitas pelayanan medis;
- d. pengarahannya, pengendalian, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan medis;

- e. penyusunan konsep surat menyurat internal dan eksternal sesuai bidang tugas seksi pelayanan medis
- f. penyusunan konsep naskah regulasi pelayanan medis
- g. pengkoordinasian penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada dibawahnya meliputi Rawat Inap, Rawat Jalan, Rawat Intensif, Gawat darurat dan Kamar operasi;
- h. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
- i. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan.

Seksi Pelayanan Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Pelayanan Medis yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan.

5.3.2. Seksi Pelayanan Keperawatan

Seksi Pelayanan mengkoordinasikan dan Keperawatan mengendalikan mempunyai pelaksanaan tugas Pelayanan Keperawatan, merumuskan, melaksanakan, dan mengevaluasi kebijakan dibidang asuhan dan profesi keperawatan, merumuskan, melaksanakan dan mengevaluasi kebijakan dibidang Logistik keperawatan

Dalam melaksanakan tugas Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan rencana kegiatan Pelayanan Keperawatan;
- b. pengkoordinasian dan mengendalikan pelaksanaan Pelayanan Keperawatan;
- c. merumuskan, melaksanakan dan mengevaluasi kebijakan dibidang asuhan dan profesi keperawatan;
- d. merumuskan, melaksanakan dan mengevaluasi kebijakan dibidang logistic keperawatan;
- e. pengkoordinasian, pengarahani, pengendalian, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan Pelayanan Keperawatan;
- f. penyusunan konsep naskah regulasi pelayanan kesehatan

- g. pengkoordinasian, pengarahan, pengendalian, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan;
- h. pengkoordinasian penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
- i. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
- j. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bidang Pelayanan dan Pelayanan Keperawatan

Seksi Pelayanan Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Pelayanan Keperawatan.

5.4. Bidang Penunjang

Bidang penunjang mempunyai tugas manajemen dan koordinasi serta mengendalikn pelaksanaan pelayanan penunjang medis dan penunjang non medis, pelaksanaan rekam medis dan pelaporan, serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh direktur

Dalam melaksanakan tugas Bidang penunjang, mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan rencana kegiatan penunjang dan rekam medis;
- b. pengkoordinasian dan pelaksanaan pelayanan penunjang medis;
- c. pengkoordinasian dan pelaksanaan penunjang non medis;
- d. pengkoordinasian dan pelaksanaan rekam medis dan pelaporan;
- e. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang;
- f. pengelolaan Rekam Medis dan Pelaporan;
- g. pemantauan dan evaluasi pelayanan penunjang rekam medis dan pelaporan;
- h. menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
- i. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Bidang penunjang dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Penunjang yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur

5.4.1. Seksi Penunjang Medis

Seksi Penunjang medis mempunyai tugas melaksanakan, pengkoordinasian kebutuhan penunjang Medis, pengawasan penggunaan fasilitas penunjang medis.

Dalam melaksanakan tugas Seksi Penunjang medis mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. melaksanakan Perencanaan kebutuhan peralatan penunjang medis;
- b. menyiapkan kebutuhan dan mengatur peralatan penunjang medis;
- c. penyusunan rencana kebutuhan tenaga, sarana pelayanan penunjang serta pendidikan dan peningkatan kompetensi untuk penunjang;
- d. melaksanakan penunjang medis: Pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas;
- e. mengkoordinasikan kebutuhan perubahan pengembangan sarana prasarana dan mengevaluasi pelaksanaan standar pelayanan penunjang medis;
- f. menyusun program kerja, rencana kegiatan, rencana kebutuhan yang berkaitan dengan berfungsinya organisasi dan mantapnya pengelolaan penunjang medis;
- g. membagi tugas, menggerakkan staf untuk melaksanakan pekerjaannya secara tertib teratur dan terpadu;
- h. membina, mengarahkan dan menggerakkan SDM di seksi penunjang medis sehingga dapat mencapai hasil maksimal;
- i. mengevaluasi terhadap efektifitas dan efisiensi mengenai utilisasi sarana prasarana; dan
- j. membuat laporan dari hasil pelaksanaan program kerja yang telah dilaksanakan maupun yang sedang berjalan.

Seksi Penunjang medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penunjang medis yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Penunjang

5.4.2. Seksi Penunjang Non Medis

Seksi Penunjang Non medis mempunyai tugas: melaksanakan, pengkoordinasian kebutuhan penunjang non Medis; pengawasan penggunaan fasilitas penunjang non medis; dan melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang.

Untuk melaksanakan tugas Seksi Penunjang non medis mempunyai fungsi :

- a. melaksanakan Perencanaan kebutuhan peralatan penunjang non medis;
- b. menyiapkan kebutuhan dan mengatur peralatan penunjang non medis;
- c. penyusunan rencana kebutuhan tenaga, sarana pelayanan penunjang serta pendidikan dan peningkatan kompetensi untuk penunjang
- d. melaksanakan Pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas penunjang non medis;
- e. penyusunan konsep surat menyurat internal dan eksternal sesuai bidang tugas seksi penunjang non medis
- f. penyusunan konsep naskah regulasi penunjang non medis;
- g. mengkoordinasikan kebutuhan perubahan pengembangan sarana prasarana dan mengevaluasi pelaksanaan standar pelayanan penunjang non medis;
- h. menyusun program kerja, rencana kegiatan, rencana kebutuhan yang berkaitan dengan berfungsinya organisasi dari manajerialnya pengelolaan penunjang non medis;
- i. membagi tugas, menggerakkan staf untuk melaksanakan pekerjaannya secara tertib teratur dan terpadu;
- j. memimpin, mengarahkan dan menggerakkan SDM di seksi penunjang medis sehingga dapat mencapai hasil maksimal
- k. mengevaluasi terhadap efektifitas dan efisiensi mengenai utilisasi sarana prasarana; dan
- l. membuat laporan dari hasil pelaksanaan program kerja yang telah dilaksanakan maupun yang sedang berjalan

Seksi Penunjang non medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penunjang non medis yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Penunjang

5.5 Bidang Keuangan dan Perencanaan

Bidang Keuangan dan Perencanaan mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, mengkoordinasikan, mengawasi, membina dan mengevaluasi penyelenggaraan penatausahaan, keuangan dan perencanaan.

Dalam melaksanakan tugas Bidang Keuangan dan Perencanaan mempunyai fungsi:

- a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan dibidang Keuangan dan Perencanaan,
- b. pemberian arahan dan petunjuk teknis dibidang Keuangan dan Perencanaan;
- c. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas dibidang Keuangan dan Perencanaan;
- d. penyempurnaan konsep naskah dinas keluar sesuai dengan kewenangannya;
- e. penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
- f. pelaksanaan pembinaan seksi dibawah koordinasinya; dan
- g. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Bidang Keuangan dan Perencanaan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

5.5.1. Seksi Perencanaan Program dan Anggaran

Seksi Perencanaan Program dan Anggaran mempunyai tugas mengumpulkan data dan menyiapkan bahan dalam rangka penyusunan, pelaksanaan koordinasi, sinkronisasi dan melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan perencanaan program dan anggaran rumah sakit dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang

Dalam melaksanakan tugas Seksi perencanaan program dan anggaran mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Pengkoordinasian pengumpulan data dan pengolahan data bahan penyusunan perencanaan program dan anggaran
- b. Penyusunan rencana kegiatan perencanaan program dan anggaran rumah sakit
- c. penyusunan konsep surat menyurat internal sesuai bidang tugas seksi perencanaan program dan anggaran
- d. penyusunan konsep naskah regulasi seksi perencanaan program dan anggaran.
- e. menyusun dokumen perencanaan Rumah Sakit
- f. penyusunan rencana anggaran pendapatan dan belanja
- g. sinkronisasi pelaksanaan perencanaan program dan anggaran rumah sakit
- h. penyusunan rencana bisnis anggaran
- i. mengendalikan pelaksanaan Monitoring evaluasi dan pelaporan pelaksanaan perencanaan program dan anggaran
- j. penyusunan laporan kinerja rumah sakit dan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan program dan anggaran rumah sakit dan
- k. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Keuangan dari Perencanaan

Seksi perencanaan program dan anggaran dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Perencanaan Program dan Anggaran yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan

5.5.2. Seksi Penatausahaan Keuangan dan Akuntansi

Seksi Penatausahaan Keuangan dan Akuntansi mempunyai tugas pelaksanaan penatausahaan keuangan meliputi pengelolaan pendapatan dan belanja, penyelenggaraan pembendaharaan, verifikasi akuntansi dan penyusunan laporan keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam melaksanakan tugas Seksi Penatausahaan Keuangan dan Akuntansi mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. pelaksanaan pengelolaan pendapatan dan belanja yang meliputi pencatatan pembukuan dalam penerimaan dan pengeluaran keuangan;
- b. Pelaksanaan penghitungan dan laporan perbendaharaan;
- c. pelaksanaan verifikasi keuangan sesuai manajemen keuangan rumah sakit;
- d. pelaksanaan akuntansi keuangan sesuai manajemen keuangan rumah sakit;
- e. pelaksanaan verifikasi keuangan sesuai manajemen keuangan rumah sakit;
- f. pelaksanaan akuntansi keuangan sesuai manajemen keuangan rumah sakit;
- g. pelaksanaan monitoring realisasi pendapatan dan realisasi belanja;
- h. pelaksanaan pembuatan laporan dan penyeteroran pajak;
- i. pelaksanaan pembinaan teknis administrasi keuangan;
- j. pelaksanaan pengumpulan data untuk penyusunan laporan keuangan sesuai peraturan yang berlaku;
- k. penyajian laporan keuangan;
- l. pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
- m. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan.

Seksi Penatausahaan Keuangan dan Akuntansi dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penatausahaan Keuangan dan Akuntansi yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan.

5.6. Kelompok Jabatan Fungsional

Selain Jabatan Struktural di rumah sakit terdapat Kelompok Jabatan Fungsional yang melakukan tugas pelayanan dari

dikelompokkan sesuai dengan bidang keahliannya. Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas merekomendasikan kewenangan klinis dan kewenangan profesi non medis (keperawatan, kebidanan dan nakes lain) kepada Direktur melalui Komite. Setiap Kelompok Jabatan Fungsional di koordinasikan oleh seorang tenaga fungsional Senior. Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari:

- a. Kelompok Staf Medis (KSM),
- b. Kelompok Staf Keperawatan dan Kebidanan (KSPB), dan
- c. Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lain (KSNL)

Kelompok Staf terdiri dari Dokter Umum, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Gigi Spesialis dan Dokter Subspesialis yang melaksanakan tugas profesi di rumah sakit. Kelompok Staf Keperawatan dan kebidanan adalah profesi keperawatan dan kebidanan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan di rumah sakit. Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lain merupakan tenaga fungsional kesehatan diluar tenaga fungsional sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Jumlah Kelompok Jabatan Fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja. Jenis dan jenjang Kelompok Jabatan Fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam melaksanakan tugasnya Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait. Kelompok Staf Medis mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akiral penyakit, peningkatan dan pemulihari kesehatan, penyuluhan pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter. Penempatan para dokter ke dalam Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur. Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya untuk masa bakti 3 (tiga) tahun. Ketua Staf Medis diangkat dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Kelompok Staf Keperawatan dan Kebidanan mempunyai tugas:

- a. memberi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- b. memberikan penyuluhan dan konselor bagi klien;
- c. mengelola pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- d. melakukan penelitian keperawatan dan kebidanan;
- e. melaksanakan tugas berdasarkan pempian wewenang; dan
- f. melaksanakan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Setiap Kelompok Staf Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari kumpulan perawat dan Bidan. Penempatan para perawat dan bidan ke dalam Kelompok Staf Keperawatan dan Kebidanan ditetapkan dengan Keputusan Direktur. Kelompok Staf Keperawatan dan Kebidanan dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya untuk masa bakti 3 (tiga) tahun. Ketua Kelompok Staf Keperawatan dan Kebidanan diangkat dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Tenaga Kesehatan Lain terdiri dari sejumlah tenaga fungsional sesuai dengan bidang keahliannya. Tenaga Kesehatan Lain untuk tenaga kesehatan terdiri dari:

- a. tenaga psikologi klinis;
- b. tenaga kefarmasian;
- c. tenaga kesehatan masyarakat;
- d. tenaga Kesehatan lingkungan;
- e. tenaga gizi;
- f. tenaga keterampilan fisik;
- g. tenaga keteknisian medis;
- h. tenaga teknik biomedika;
- i. tenaga Kesehatan tradisional; dan
- j. tenaga kesehatan lainnya.

Tenaga psikologi klinis meliputi psikologi klinis. Tenaga kefarmasian meliputi Apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Tenaga kesehatan masyarakat meliputi Epidemiolog Kesehatan, pembimbing Kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan Kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan serta tenaga Kesehatan reproduksi dan keluarga. Tenaga Kesehatan lingkungan meliputi tenaga sanitasi lingkungan, etomolog Kesehatan dan mikrobiolog Kesehatan. Tenaga

gizi meliputi Nutrisi dan Dietisien Tenaga keterampilan fisik meliputi Okupasiterapis, Terapi Wicara dan akupuntur. Tenaga keteknisian medis meliputi Perekam Medis dan informasi Kesehatan, Teknik kardiovaskuler, teknik pelayanan darah, Refraksionis, Optisienoptometris, Teknisi Gigi, penata anastesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis Tenaga teknik biomedika meliputi radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medis, fisikawan medis, radioterapis, dan ortotik prostetik. Tenaga Kesehatan tradisional meliputi tenaga Kesehatan tradisional ramuan dan tenaga Kesehatan tradisional ketrampilan. Tenaga Kesehatan lain bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pembinaan terhadap Tenaga Kesehatan lain dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jumlah Tenaga Kesehatan lain ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.

5.7. Instalasi

Instalasi mempunyai tugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan sesuai fungsinya. Instalasi merupakan organisasi pelaksana (non struktural) yang membantu Direktur melaksanakan tugas sesuai dengan fungsinya. Tiap-tiap Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur. Kepala Instalasi bertanggungjawab penuh terhadap kinerja unit pelayanan yang dipimpinnya kepada Direktur. Jumlah dan jenis Instalasi didasarkan atas kebutuhan Rumah Sakit dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur. Dalam hal Instalasi menangani layanan yang lebih besar, maka struktur kepengimpinannya dapat dibagi menjadi beberapa unit. Kepala Instalasi mempunyai tugas:

- a. mempertimbangkan dan merencanakan pelayanan yang diberikan kepada pasien,
- b. memperhatikan pendidikan, keahlian, pengetahuan dan pengalaman setiap staf profesional dari Instalasi pelayanan tersebut dalam melakukan pelayanan.

- c. melakukan identifikasi kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya serta mengusulkan kepada direksi rumah sakit;
- d. memiliki proses pola ketenagaan terkait tidak terpenuhnya sumber daya manusia oleh pihak rumah sakit, dan menjamin pelayanan tetap aman dan efektif terjamin mutunya bagi pasien;
- e. bekerja sama dengan unit sumber daya manusia atau unit lainnya dalam proses seleksi sumber daya manusia, dan
- f. memastikan semua staf dalam Instalasi pelayanan memahami tanggung jawab mereka, dan mengadakan kegiatan orientasi dan pelatihan bagi karyawan baru.

5.8. Komite-Komite

Komite-komite merupakan perangkat rumah sakit/unsur organisasi non struktural rumah sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk penyelenggaraan fungsi tertentu sesuai kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Komite melaksanakan tugas sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan berfungsi serta berwenang memberikan Rekomendasi kepada Direktur sebagai bahan pengambil kebijakan bagi Direktur Rumah Sakit sekurang-kurangnya memiliki Komite Medis dan Komite Keperawatan.

Setiap Komite dipimpin oleh seorang Ketua yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur. Setiap Komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar sesuai dengan tugas dan fungsi komite. Dalam melaksanakan tugasnya, Ketua Komite dapat dibantu oleh subkomite dan atau panitia kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

5.9. Satuan Pengawas Internal

Satuan Pengawas Internal adalah kelompok non struktural di rumah sakit yang bertugas melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya dan kinerja Rumah Sakit. Satuan pengawas Internal mempunyai tugas melakukan pengawasan dan

pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan penganali lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan proses bisnis yang sehat.

Dalam melaksanakan tugas satuan pengawas internal menyelenggarakan fungsi:

- a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
- b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan;
- c. efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
- d. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh direktur;
- e. pemantauan pelaksanaan dari ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
- f. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan penitampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

Satuan Pengawas Internal dibentuk sesuai dengan peraturan yang berlaku dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

D. DUKUNGAN SUMBER DAYA MANUSIA DAN SARANA PRASARANA

SUMBER DAYA MANUSIA

Sumber Daya Manusia merupakan salah satu instrumen penunjang pokok pelaksanaan tugas pokok dan fungsi instansi dengan kuantitas dan kualitas yang memadai sesuai analisa jabatan dan kompetensi. Berdasarkan hasil analisa jabatan kebutuhan pegawai RSD Kalisat yang dituangkan pada Keputusan Bupati Jember Nomor: 186.15/239/U.12/2024 tentang Peta Jabatan Aparatur Sipil Negara di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Jember. Jumlah personil RSD Kalisat yang ada per 31 Desember 2025 berdasarkan keterlibatan pegawai yang datanya sudah diupdate melalui SIMPEG sebanyak 289 orang, sedangkan berdasarkan hasil analisa jabatan dan analisa beban kerja idealnya sebanyak 368 orang, sehingga masih terdapat kekurangan pegawai sebanyak 79 orang. Komposisi pegawai keseluruhan adalah sebagai berikut.

Tabel 1.1
Komposisi SDM RSD KALISAT Tahun 2025

Jabatan	Kebutuhan					Bezetting Pegawai Yang Ada					I	P	
	Σ	SMA	D3	S1	S2	Σ	SMP	SMA	D3	S1			S2
Jabatan Administrasi													
1. Administrator	5			2	3	3				1	2	2	1
2. Pengawas	8			6	2	7				5	2	6	1
3. Pelaksana	88	76		12		50		48	1	1		33	17
Jabatan Fungsional	260		157	82	33	199			133	61	5	67	132
Non ASN	0					0							
Jumlah	370	76	157	102	35	259	0	48	134	68	9	108	151

Sumber: Data Kepegawaian RSD Kalisat 2025.

Berdasarkan tabel 1.1, menunjukkan adanya gap antara kebutuhan pegawai dan hasil analisis jabatan dengan bezetting pegawai. Jumlah pegawai RSD Kalisat belum memenuhi jumlah ideal untuk pengelolaan beban kerja di RSD Kalisat. Optimalisasi pencapaian target kinerja dilakukan dengan menetapkan sistem kerja baru pasca penyederhanaan birokrasi, dengan perugasan personil pada lintas tim kerja sesuai urgensi target dan tenggat waktu penyelesaian tugas.

SARANA DAN PRASARANA

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi selain penguatan pada sumber daya manusia, juga diperlukan dukungan sarana dan prasarana. Sarana dan prasarana yang memadai akan menunjang keberhasilan ketercapaian tugas pokok dan fungsi Institusi RSD Kalisat yang bertempat di Jl. MH Thamrin No 31, Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember. Sebagai penunjang penyelenggaraan pemerintahan dan pelayanan publik yang semakin meningkat, maka ruang kantor RSD Kalisat kurang memadai karena masih memerlukan penambahan sarana dan prasarana.

Adapun data sarana dan prasarana pada RSD Kalisat adalah sebagai berikut:

Tabel 1.2
Profil Sarana dan Prasarana RSD Kalisat
Per 31 Desember 2025

No	Sarana Prasarana	Jumlah	Kondisi	Jumlah ideal
1	Tanah	1	Baik	1
2	Alat Besar	3	Baik	3
3	Alat Angkutan	6	Baik	6
4	Alat Bengkel dan Alat Ukur	24	Baik	24

5	Alat Kantor dan Rumah Tangga	1117	Baik	1117
6	Alat Studio, Komunikasi dan Pemancar	93	Baik	93
7	Alat Kedokteran dan Kesehatan	1774	Baik	1774
8	Alat Laboratorium	41	Baik	41
9	Komputer	181	Baik	181
10	Alat Kesehatan Kerja	21	Baik	21
11	Bangunan Gedung	40	Baik	40
12	Bangunan Air	1	Baik	1
13	Bahan Perpustakaan	13	Baik	13
14	Aset Tidak Berwujud	3	Baik	3
15	Aset Lain-Lain	536	Baik	536

Sumber Data : Kartu Inventaris Barang : RSD Kalsat 2025

E. ISU STRATEGIS ORGANISASI

Isu strategis adalah kondisi yang menjadi perhatian karena dampaknya yang signifikan bagi Perangkat Daerah dimasa datang. Suatu kondisi yang menjadi isu strategis adalah keadaan yang apabila tidak diantisipasi, akan menimbulkan kerugian yang lebih besar atau sebaliknya, dalam hal tidak dimanfaatkan, akan menghilangkan peluang untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat dalam jangka panjang.

Isu strategis yang berhasil diidentifikasi RSD Kalsat dalam pelaksanaan tugas dan fungsi adalah sebagai berikut :

1. Sistem pelayanan KRIS (Kamar Rawat Inap Standar) yang masih belum diterapkan di RSD Kalsat dimana berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh untuk Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 30 Juni 2025. Diharapkan di awal tahun 2026 akan dilaksanakan system pelayanan KRIS dengan mengutamakan pelayanan rawat inap BPJS di Ruang Kelas III
2. Program Universal Health Coverage (UHC) Prioritas yang dicanangkan oleh Bupati Jember merupakan salah satu program unggulan Bupati yang menjamin setiap warga Jember mendapatkan pelayanan kesehatan gratis (cukup dengan KTP/KK) diseluruh pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia sejak April 2025 dan Rumah Sakit Daerah Kalsat menjadi bagian dari implementasi pelaksanaan program tersebut. Ini menjadi peluang bagi RSD Kalsat untuk meningkatkan Pendapatan Asli Daerah Rumah Sakit.

3. Sarana, prasarana serta alat kesehatan sebagai fasilitas utama dalam pelayanan kesehatan yang dimiliki saat ini beberapa masih kurang memenuhi standar sebagaimana telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit sehingga hal ini menjadi salah satu penyebab belum optimalnya kualitas pelayanan di RSD Kalisat. Upaya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas serta penyesuaian dengan standar terhadap sarana-prasarana dan alat kesehatan dalam pelayanan kesehatan terus diupayakan oleh pihak manajemen rumah sakit diantaranya dengan dituatkannya ruang ICU dan PICU Isolasi, Ruang GPMI dan perbaikan Instalasi Laboratorium pada tahun 2025.
4. Layout bangunan yang ada saat ini belum terpadu dan kurang komprehensif, sehingga kurang efisien dan efektif untuk dijangkau baik pengunjung maupun karyawan. Oleh karena itu RSD Kalisat telah menyusun revisi masterplan pembangunan Rumah Sakit pada tahun 2021. Akan tetapi membutuhkan waktu yang panjang dan biaya yang besar untuk mewujudkan layout bangunan seperti revisi masterplan yang telah disusun.

F. TINDAK LANJUT ATAS LAPORAN HASIL EVALUASI SAKIP TAHUN 2025

Tabel 1.3 Tindak Lanjut Atas Laporan Hasil Evaluasi SAKIP
RSD KALISAT Tahun 2025

No	Saran / Rekomendasi	Tindak Lanjut
1.	Agar memperkuat proses analisis data sebagai dasar penentuan target, meningkatkan kesepakatan bersama yang melibatkan semua pihak terkait agar target lebih realistis dan menantang, serta melakukan peninjauan target secara berkala untuk memastikan relevansinya dengan kondisi terkini.	Melakukan proses analisis data sebagai dasar penentuan target dan melakukan peninjauan target secara berkala
2.	Agar menetapkan dan mematuhi batas waktu yang jelas untuk penyelesaian semua rencana kerja hingga level staf.	Menetapkan waktu yang jelas untuk penyelesaian semua rencana kerja hingga level staf dan mematuhiinya
3.	Untuk perencanaan crosscutting yang lebih efektif, agar meningkatkan proses penetapan rencana kerja dengan memastikan uraian yang sangat jelas dan detail tentang siapa, apa, kapan dan hasil dari setiap pekerjaan lintas bidang	Menyusun perencanaan crosscutting yang efektif

4	Agar menelapkan dan melaksanakan pertemuan tinjauan kinerja internal secara rutin, mendokumentasikan semua pembahasan dan keputusan penting dari pertemuan tersebut sebagai bukti pementauan yang sistematis, dan memanfaatkan hasil tinjauan tersebut untuk penyesuaian rencana aksi	Melaksanakan pertemuan tinjauan kinerja internal secara rutin, mendokumentasikan semua pembahasan dan keputusan penting serta memanfaatkan hasil tinjauan tersebut untuk penyesuaian rencana aksi
5	Agar memperdalam proses analisis masalah dan setiap kekurangan kinerja, memperdalam tindakan lanjut permasalahan, merumuskan penyesuaian strategi dan indicator secara lebih detail dan terukur, serta melibatkan pihak terkait agar pertaikan efektif dan relevan.	Memperdalam proses analisis masalah dan setiap kekurangan kinerja, memperdalam tindakan lanjut permasalahan merumuskan penyesuaian strategi dan indikator secara lebih detail dan terukur, serta melibatkan pihak terkait pertaikan efektif dan relevan
6	Untuk memastikan komitmen yang kuat agar membangun mekanisme yang lebih formal dan seragam untuk penegasan tanggung jawab setiap unit/individu terhadap target kinerja untuk meningkatkan rasa kepemilikan, serta melakukan pembinaan komitmen secara berkala.	Memastikan komitmen yang kuat untuk membangun mekanisme yang lebih formal dan seragam untuk penegasan tanggungjawab setiap unit/individu terhadap target kinerja untuk meningkatkan rasa kepemilikan, serta melakukan pembinaan komitmen secara berkala.
7	Untuk pengukuran yang akurat, agar menetapkan proses standar penyusunan definisi operasional yang rinci dan tidak multitafsir untuk setiap indicator, serta melakukan verifikasi internal untuk memastikan konsistensi dan penerapannya yang efektif.	Menetapkan proses standar penyusunan definisi operasional yang rinci dan tidak multitafsir untuk setiap indicator, serta melakukan verifikasi internal untuk memastikan konsistensi dan penerapannya yang efektif.
8	Untuk memastikan data relevan dan efektif, agar melakukan review mendalam terhadap data yang dikumpulkan, mengidentifikasi dan menggali data alternative yang lebih spesifik atau efisien.	Melakukan review mendalam terhadap data yang dikumpulkan, mengidentifikasi dan menggali data alternative yang lebih spesifik atau efisien.
9	OPD melakukan analisis mendalam terkait pengumpulan data dan pengukuran capaian kinerja dengan cara menamuskkan kertas	melakukan analisis mendalam terkait pengumpulan data dan pengukuran capaian kinerja dengan cara merumuskan kertas kerja data sebagai sistem pengumpulan data

	kerja data sebagai sistem pengumpulan data internal agar data kinerja tersedia secara terstruktur, valid, dan mengoptimalkan penggunaan SIPPD dalam melaporkan kendala/pemmasalahan serta solusi yang konkrit, sehingga dapat digunakan untuk bahan analisis pelaporan kinerja	internal agar data kinerja tersedia secara terstruktur, valid, dan mengoptimalkan penggunaan SIPPD dalam melaporkan kendala/pemmasalahan serta solusi yang konkrit
10	Untuk memastikan pengukuran kinerja menjadi dasar kuat penyesuaian pengalokasian, agar menstandarisasi dan mensosialisasikan secara intensif prosedur penerapan aturan tersebut, serta memperkuat pengawasan internal guna memastikan konsistensi, akurasi, dan keadilan dalam implementasinya.	Mensosialisasikan secara intensif prosedur penerapan aturan tersebut, serta memperkuat pengawasan internal guna memastikan konsistensi, akurasi, dan keadilan dalam implementasinya.
11	Agar menetapkan proses analisis dan pengambilan keputusan terpadu yang menghubungkan hasil pengukuran kinerja dengan kebutuhan penyediaan di berbagai bidang	Menetapkan proses analisis dan pengambilan keputusan terpadu yang menghubungkan hasil pengukuran kinerja dengan kebutuhan penyediaan di berbagai bidang
12	Agar memperjelas proses bagaimana mengukur efisiensi anggaran, menganalisis dan menindaklanjuti hasil pengukuran kinerja	Memperjelas proses bagaimana mengukur efisiensi anggaran, menganalisis faktornya dan hasilnya, serta memanfaatkan data tersebut sebagai dasar pengambilan keputusan untuk mencapai kinerja yang lebih efektif dan efisien
13	Agar meningkatkan keterlibatan aktif seluruh pegawai dalam memahami, menganalisis dan menindaklanjuti hasil pengukuran kinerja	meningkatkan keterlibatan aktif seluruh pegawai dalam memahami, menganalisis dan menindaklanjuti hasil pengukuran kinerja
14	Agar memperkuat proses peninjauan laporan kinerja secara sistematis dan menyeluruh, dengan menetapkan prosedur yang jelas, dan memastikan hasil reviu dimanfaatkan untuk perbaikan berkelanjutan demi peningkatan akuntabilitas dan pengambilan keputusan yang lebih baik.	Memperkuat proses peninjauan laporan kinerja secara sistematis dan menyeluruh, dengan menetapkan prosedur yang jelas, dan memastikan hasil reviu dimanfaatkan untuk perbaikan berkelanjutan demi peningkatan akuntabilitas dan pengambilan keputusan yang lebih baik.

15	Agar memaksimalkan proses penyajian informasi dengan data yang lebih terukur dan spesifik, yaitu dengan menyajikan hasil kinerja menggunakan data kuantitatif dan indikator jelas; menguraikan kualitas kinerja dengan contoh konkret; menganalisis efisiensi dan hambatan dengan data pendukung; serta merumuskan rencana perbaikan yang terukur dan berbasis data.	Memaksimalkan proses penyajian informasi dengan data yang lebih terukur dan spesifik, yaitu dengan menyajikan hasil kinerja menggunakan data kuantitatif dan indikator jelas; menguraikan kualitas kinerja dengan contoh konkret; menganalisis efisiensi dan hambatan dengan data pendukung; serta merumuskan rencana perbaikan yang terukur dan berbasis data.
16	Untuk memaksimalkan kontribusi dan kepedulian seluruh pegawai terhadap penyajian informasi dalam laporan kinerja, perlu meningkatkan pemahaman tentang pentingnya setiap data, melibatkan unit dan pegawai dalam validasi dan analisis agar proses ini menjadi ajang membangun kepedulian dan akuntabilitas; serta menghasilkan laporan yang lebih akurat dan bermakna.	Penyelenggaraan rapat internal evaluasi akuntabilitas kinerja internal secara rutin.
17	Agar mengembangkan panduan resmi, dengan merumuskan langkah-langkah evaluasi yang jelas, sehingga evaluasi akuntabilitas kinerja internal dapat dilakukan secara lebih sistematis, konsisten dan efektif.	Mengembangkan panduan resmi, dengan merumuskan langkah-langkah evaluasi yang jelas, sehingga evaluasi akuntabilitas kinerja internal dapat dilakukan secara lebih sistematis, konsisten dan efektif.
18	Agar mengembangkan dan menerapkan proses evaluasi yang terstandar, dengan merancang langkah-langkah evaluasi yang sistematis, sehingga setiap upaya evaluasi menghasilkan informasi yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan.	Mengembangkan dan menerapkan proses evaluasi yang terstandar, dengan merancang langkah-langkah evaluasi yang sistematis, sehingga setiap upaya evaluasi menghasilkan informasi yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan.
19	Agar mengembangkan dan mengimplementasikan proses evaluasi yang terstandarisasi dan sistematis sehingga evaluasi menjadi alat yang efektif untuk mendorong peningkatan SAKIP, efektifitas, dan efisiensi kinerja instansi secara menyeluruh.	Mengembangkan dan mengimplementasikan proses evaluasi yang terstandarisasi dan sistematis sehingga evaluasi menjadi alat yang efektif untuk mendorong peningkatan SAKIP, efektifitas, dan efisiensi kinerja instansi secara menyeluruh.

		efisiensi kinerja instansi secara menyeluruh
20	Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember untuk segera menyusun rencana aksi tindak lanjut atas rekomendasi hasil evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah sampai triwulan III Tahun 2025 Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember untuk segera menyusun rencana aksi tindak lanjut atas rekomendasi hasil evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah sampai triwulan III Tahun 2025	Penyusunan rencana aksi tindak lanjut atas rekomendasi Akuntabilitas hasil Kinerja evaluasi Instansi Pemerintah Tahun 2025 sesuai arahan Inspektorat

Sumber : TL LHE SAKIP-RSD Kalisat Tahun 2025 Triwulan 3

BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS

Perencanaan dan penganggaran pada tahun 2025 diwarnai agenda perubahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Jember tahun 2021-2026 menjadi RPJMD Kabupaten Jember tahun 2025-2029 sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 3 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Jember tahun 2025-2029. Serta penetapan Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 4 Tahun 2025 tentang perubahan APBD tahun 2025, sebagai bentuk konsolidasi fiskal dengan mengedepankan pencapaian target kinerja Perangkat Daerah.

Perubahan strategis tersebut dijabarkan dalam bentuk operasional di tingkat Perangkat Daerah dengan penyusunan Rencana Strategis Perangkat Daerah (Renstra- PD) tahun 2025-2029 dan penetapan Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran (DRPA) PD tahun 2025, dengan *cascading* kinerja sebagai berikut :

Tabel 2.1 *Cascading* Kinerja Berdasarkan RPJMD 2021-2026

	RPJMD 2021 - 2026	Renstra (Perubahan) Th. 2021 - 2026
1	Misi Meningkatkan pelayanan dasar berupa kesehatan dan pendidikan dengan sistem yang terintegrasi	
	Tujuan : Meningkatkan kesetaraan dan kualitas sumber daya manusia.	
	Sasaran Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat.	Tujuan Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Perorangan
		Sasaran : Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan

Tabel 2.2 Cascading Kinerja Berdasarkan RPJMD 2025-2029

	RPJMD 2025 - 2029	Renstra Th. 2025 - 2029
1	Misi Mewujudkan sumber daya manusia yang religius, unggul dan setara	
	Tujuan Meningkatnya kualitas SDM yang religius, unggul dan masyarakat yang setara	
	Sasaran Meningkatnya akses pendidikan dan kesehatan masyarakat yang berkualitas serta merata	Tujuan : Meningkatnya akses kesehatan masyarakat yang berkualitas serta merata
		Sasaran: Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan efektifitas pencapaian target kinerja serta pelayanan publik perangkat daerah

Adapun penetapan target indikator tujuan dan sasaran sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategis Perangkat Daerah tersaji dalam tabel berikut

Tabel 2.3 Metriks Tujuan Dan Sasaran Rencana Strategis RSD Kalsat Tahun 2021-2026

No	Tujuan / Sasaran Strategis	Indikator	Kondisi Awal/ Baseline 2020	Target Kinerja Sasaran pada Tahun						Target Akhir Renstra (2026)
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	
	Tujuan Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Perorangan	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	50	55	60	65	70	75	80	80
	Sasaran Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan	Tingkat Kelelahan Akutitas Rumah Sakit	Panipuma	Panipuma	Panipuma	Panipuma	Panipuma	Panipuma	Panipuma	Panipuma

Sumber data : tabel TC 25 Renstra RSD Kalsat tahun 2021-2026

**Tabel 2.4 Matriks Tujuan Dan Sasaran Rencana Strategis RSD Kalsat
Tahun 2025-2029**

No	Tujuan / Sasaran Strategis	Indikator	Kondisi Awal/ Baseline 2024	Target Kinerja Sasaran pada Tahun					Target Akhir Renstra (2029)
				2025	2026	2027	2028	2029	
	Tujuan Meningkatkan akses kesehatan masyarakat yang berkualitas serta merata	Indeks kesehatan (indeks)	0,83	0,84	0,85	0,86	0,87	0,88	0,88
	Sasaran Meningkatkan akuntabilitas kinerja dan efektifitas pencapaian target kinerja serta pelayanan publik perangkat daerah	Indeks pelayanan publik (indeks)	4,62	4,64	4,66	4,67	4,68	4,69	4,69
		Nilai SAKIP perangkat daerah (nilai)	73,03	81,0	81,1	81,2	81,3	81,4	81,4
		Persentase capaian mutu rumah sakit pemerintah (%)	80	80	80	85	90	90	90

Sumber data : tabel TC.25 pada Renstra RSD Kalsat tahun 2025-2029.

B. INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)

Indikator Kinerja Utama (IKU) merupakan ukuran keberhasilan yang menggambarkan kinerja utama PD sesuai dengan tugas fungsi dan mandat (*core business*) yang diemban.

Berikut adalah Indikator Kinerja Utama RSD Kalisat yang ditetapkan berdasarkan Renstra Perangkat Daerah tahun 2021-2026:

Tabel 2.5 IKU RSD KALISAT Berdasarkan Renstra tahun 2021-2026

Sasaran Strategis	IKU	Formulasi/ Indikator	Penanggung Jawab	Sumber Data
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan	Tingkat kelulusan Akreditasi RS	$\frac{\text{Jumlah elemen akreditasi rumah sakit yang memenuhi standar akreditasi rumah sakit}}{\text{Jumlah seluruh elemen akreditasi rumah sakit yang ada}} \times 100$	Direktur RSD Kalisat	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP)
		<p>Penjelasan :</p> <ul style="list-style-type: none">Lembaga Independent penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit menyampaikan hasil Akreditasi kepada Kementerian Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan setelah dilakukan survey Tingkat kelulusan berdasarkan pemenuhan standar Akreditasi Rumah Sakit dengan ketetapan sebagai berikut:<ul style="list-style-type: none">Paripurna (semua Bab / 19 Bab mendapat nilai minimal 80%)		

		<ul style="list-style-type: none"> - Utama (12 - 15 Bab mendapatkan nilai 80% dan Bab SKP mendapat nilai minimal 80% Untuk rumah sakit selain rumah sakit pendidikan/wahana pendidikan maka ketulusan adalah 2- 14 bab dan bab SKP minimal 80%) - Madya (8 - 11 Bab mendapat nilai minimal 80% dan Bab SKP mendapat nilai minimal 70%) - Tidak Terakreditasi : <ul style="list-style-type: none"> a. Kurang dari 8 Bab yang mendapat nilai minimal 80%, dan/atau b. Bab SKP mendapat nilai kurang dari 70% <p>➤ Elemen Akreditasi Rumah Sakit yang memenuhi standar merupakan elemen penilaian terhadap pelayanan rumah sakit yang telah memenuhi persyaratan sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Dikatakan memenuhi standar (mencapai 100 %) apabila persentase elemen yang memenuhi syarat minimal sebesar > 80% dari seluruh elemen yang ada. Indikator ini menggambarkan tingkat kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit yang telah memenuhi standar pelayanan kesehatan RS tingkat nasional. Elemen Akreditasi Rumah Sakit antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelompok Manajemen Rumah Sakit terdiri atas: Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK). 		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien terdiri atas: Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pengkajian Pasien (PP), Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP), Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB), Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO), dan Komunikasi dan Edukasi (KE); - Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP); - Kelompok Program Nasional (PROGNAS) <p>➤ Standar Akreditasi Rumah Sakit adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Standar Akreditasi Rumah Sakit tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022.</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Sumber : Keputusan Direktur RSD Kalisat Nomor 000.8.6.3/759/35.09.612/2025 tentang Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember.

Dengan ditetapkannya Renstra Perangkat Daerah tahun 2025-2029 pada tanggal 23 September 2025, dirumuskan kembali IKU dalam Keputusan Kepala PD sebagai berikut

Tabel 2.6 IKU RSD Kalisat Berdasarkan Renstra 2025-2029

Sasaran Strategis	IKU	Formulasi/ Indikator	Penanggung Jawab	Sumber Data
Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan Efektifitas Pencapaian Target Kinerja Perangkat Daerah	Persentase Capaian Mutu Rumah Sakit Pemerintah	$\frac{\text{Rata-Rata Capaian Indikator Sasaran}}{\text{Jumlah indikator Sasaran Pada tahun Berjalan}} \times 100$ <p>Penjelasan : Persentase Capaian Mutu Rumah Sakit Pemerintah Renstra bisa terpenuhi dari rata-rata capaian indikator sasaran bagi jumlah sasaran pada tahun berjalan yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) - Persentase Kinerja Pelayanan Rumah Sakit - Persentase Kinerja Keuangan Rumah Sakit - Persentase Pemenuhan SDM - Pemenuhan Sarana Prasarana Sesuai ASPAK 	Direktur RSD Kalisat	Seluruh Bidang/ Bagian, Instalasi dan unit di RSD Kalisat
	Indeks pelayanan publik	Formulasi 1. Menentukan Nilai Untuk Setiap Indikator $\text{Nilai per indikator} = \left(\frac{\text{nilai } F01 + \text{nilai } F02 + \text{nilai } F03}{3} \right) \times \text{bobot per indikator}$		Data Survey IPP

		<p>2. Menentukan nilai setiap aspek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nilai per aspek : Σ nilai perindikator <p>3. Menentukan indeks</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nilai Indeks : Σ (nilai aspek_i x bobot aspek_i) <p>Penjelasan :</p> <p>Penilaian IPP dilakukan terhadap unit pelayanan publik berdasarkan 6 aspek utama. Berikut adalah komponennya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Pelayanan 2. Profesionalisme SDM 3. Sarana dan Prasarana 4. Sistem Informasi Pelayanan 5. Konsultasi dan Penedugan 6. Inovasi 		
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Sumber: Keputusan Direktur RSD Kalisat Nomor 000.7.2.73731/35.09.612/2025 tentang perubahan keputusan direktur rumah sakit daerah kalisat nomor 000.8.6.3759/35.09.612/2025 tentang Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember

C. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

Perjanjian kinerja berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Perjanjian kinerja menyajikan indikator tujuan dan sasaran Perangkat Daerah yang menggambarkan hasil-hasil yang utama dan kondisi yang ingin diwujudkan pada tahun berkenaan.

Adapun Perjanjian kinerja yang telah disusun di awal tahun 2025, berpedoman pada Renstra (Perubahan) RSD Kalsat tahun 2021-2026 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.7: Perjanjian Kinerja RSD Kalsat Tahun 2025

No	Tujuan / Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Tahun 2025
	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan	Tingkat Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna
		Nilai Kematangan Inovasi Pelayanan Publik pada Penghargaan <i>Innovative Government Awards</i> (IGA)	80

Sumber: Dokumen PK tahun 2025

Perjanjian kinerja di awal tahun anggaran 2025, berisi sasaran strategis dan indikator sasaran berdasarkan Renstra 2021-2026 dan menambahkan indikator penghargaan di tingkat provinsi Jawa Timur atau nasional yang terkait tugas dan fungsi RSD dimana penambahan indikator penghargaan ini merupakan kebijakan kepala daerah untuk memacu kinerja Perangkat Daerah.

Untuk mencapai kinerja yang telah diperjanjikan, sebagaimana tersebut diatas, dukungan anggaran yang bersumber dari APBD/ APBN sebagai berikut:

Program	Anggaran	Keterangan
1 Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Rp 41.344.740.443,51	BLUD
Jumlah	Rp 41.344.740.443,51	BLUD

Pada tahun 2025 RSD Kalsat melaksanakan penyusunan Perubahan Perjanjian Kinerja tahun 2025. Perubahan dilakukan karena adanya perubahan Renstra dan penetapan Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran (DPPA) tahun 2025. Perubahan Perjanjian Kinerja Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.8 Perjanjian Kinerja (Perubahan) RSD Kalisat Tahun 2025

No	Tujuan / Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Tahun 2025
1	Meningkatnya Akses Kesehatan Masyarakat Yang Berkualitas Serta Merata	Indeks kesehatan (Indeks)	0,84
2	Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan efektivitas pencapaian target kinerja serta pelayanan publik perangkat daerah	Indeks Pelayanan Publik (Indeks)	4,54
		Nilai SAKIP Perangkat Daerah (Nilai)	81
		Persentase Capaian Mutu Rumah Sakit Pemerintah (%)	80%

Sumber: Dokumen PK Perubahan tahun 2025

Untuk mencapai kinerja yang telah diperjanjikan, sebagaimana tersebut diatas, dukungan anggaran yang bersumber dari APBD/ APBN sebagai berikut :

Program	Anggaran	Keterangan
1 Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Rp. 52.751.680.549,60	BLUD
Jumlah	Rp. 52.751.680.549,60	BLUD

D. PROGRAM, KEGIATAN DAN SUB KEGIATAN TAHUN 2025

Program dan Kegiatan disusun berkaitan dengan tercapainya tujuan dan sasaran. Pada Tahun 2025 dilakukan pergeseran anggaran pada Bulan April 2025, dalam rangka kebijakan penyesuaian alokasi anggaran untuk mendukung program prioritas Kepala Daerah. Struktur program dapat dijabarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 2.9

Tabel Struktur Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan pada Tahun 2025

No	Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan	Anggaran Awal (Rp)	Pergeseran Anggaran (Rp)	Anggaran Perubahan (Rp)	Bertambah/ Berkurang (Rp) (6=5-4)
1	2	3	4	5	(6=5-4)
1	PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA	41.344.740.443,51	41.344.740.443,51	52.751.680.549,60	11.406.940.106,09
1.1	Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	41.344.740.443,51	41.344.740.443,51	52.751.680.549,60	11.406.940.106,09
1.1.1	Sub kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	41.344.740.443,51	41.344.740.443,51	52.751.680.549,60	11.406.940.106,09

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. KERANGKA PENGUKURAN KINERJA TAHUN 2025

Pengukuran capaian kinerja bertujuan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan kegagalan dalam merealisasikan target-target yang telah diperjanjikan Direktur RSD Kalisat dengan Bapak Bupati Jember. Pengukuran capaian kinerja menggunakan ketentuan sebagai berikut :

1. Predikat nilai capaian kinerja dikelompokkan dalam skala pengukuran ordinal dengan mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian, dan Evaluasi Pembangunan Daerah dengan skala nilai peringkat kinerja sebagai berikut :

Tabel 3.1 Skala Nilai Peringkat Kinerja

No	Interval Nilai Realisasi Kinerja	Kriteria Penilaian Realisasi Kinerja	Kode
1.	≥ 90	Sangat Tinggi	Biru muda
2.	$76 \leq 90$	Tinggi	Hijau
3.	$66 \leq 75$	Sedang	Kuning muda
4.	$51 \leq 65$	Rendah	Abu tua
5.	≤ 50	Sangat Rendah	Merah

Sumber: Permendagri nomor 86 tahun 2017

2. Cara menghitung persentase capaian indikator kinerja adalah :
 - a. Bilamana Indikator Sasaran mempunyai makna **progress positif**, yaitu semakin tinggi realisasinya menunjukkan semakin tinggi kinerjanya atau semakin rendah realisasinya menunjukkan semakin rendah kinerjanya, maka capaian kinerjanya menggunakan rumus :

$$\text{Capaian Kinerja} = \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100$$

- b. Bilamana Indikator Sasaran mempunyai makna **progress negative**, yaitu semakin tinggi realisasinya menunjukkan semakin rendah kinerjanya atau

semakin rendah realisasinya menunjukkan semakin tinggi kinerjanya, maka capaian kinerjanya menggunakan rumus:

$$\text{Capaian Kinerja} = \frac{\text{Target} - (\text{Realisasi} - \text{Target})}{\text{Target}} \times 100$$

B. CAPAIAN DAN ANALISIS KINERJA - PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025 DENGAN DASAR RENSTRA 2021 - 2026

Menindaklanjuti ketentuan dalam Surat Menteri PANRB Nomor B/ 37/ AA.01/ 2025 Tanggal 14 November 2025 Hal Pemberitahuan Penyampaian Laporan Kinerja 2025, setiap Instansi Pemerintah yang telah melakukan perubahan Perjanjian Kinerja berdasarkan dokumen perencanaan strategis (RPJMD / Renstra) periode tahun 2025-2029, wajib melaporkan capaian atas kinerja yang ditetapkan dalam 2 (dua) Perjanjian Kinerja yang telah dibuat pada tahun 2025.

Capaian Kinerja Tahun 2025 (atas Kinerja Pada PK Tahun 2025 dengan Dasar Renstra 2021-2026) , didukung anggaran pada DPA 2025 terdiri dari 1 (Satu) Tujuan dan 1 (Satu) Sasaran (sebagaimana rincian tabel 3.2 berikut ini)

Tabel 3.2 Capaian Kinerja Tahun 2025 (atas Kinerja Pada PK Tahun 2025 dengan Dasar Renstra 2021-2026)

No	Tujuan / Sasaran Strategis	Indikator	Kondisi Awal / Baseline -2021	Capaian Tahun 2025				Tren Realisasi			Target Akhir Renstra (2026)	Capaian s/d 2025 terhadap target 2026	(Benchmark) Target Nasional/ Regional
				Target	Realisasi	%	Kriteria (kode)	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Realisasi 2024			
	Sasaran 1.1 Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan	Tingkat Kelulusan Akreditasi RS	Panorama	Panorama	Panorama	100 %	Sangat Tinggi	Panorama	Panorama	Panorama	Panorama	100%	Tidak tersedia data benchmark/ perbandingan target nasional
		Nilai Kematangan Inovasi dalam "Penghargaan Innovative Government Awards" (IGA)	-	80	79	98,75 %	Sangat Tinggi	-	-	-	-	-	Tidak tersedia data benchmark/ perbandingan target nasional

B.1 Analisis ketercapaian Sasaran

Sasaran 1 "Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan", dengan Indikator Tingkat Kelulusan Akreditasi RS"

Indikator 1. Tingkat Kelulusan Akreditasi RS

- Target tahun 2025 tercapai 100%. Dengan demikian target tercapai dengan kriteria capaian Sangat Tinggi.
- Capaian realisasi tahun 2025 terhadap target akhir periode renstra (th. 2026) adalah sebesar 100 %
- Tren realisasi menunjukkan peningkatan penfaian akreditasi rumah sakit.
- Indikator tersebut tidak dapat dilakukan *benchmark* dikarenakan tidak ada data untuk benchmark indikator yang sama.
- Berdasarkan formulasi indikator, perhitungan realisasi dilakukan dengan cara
$$\frac{\text{Jumlah elemen akreditasi rumah sakit yang memenuhi standar akreditasi rumah sakit}}{\text{Jumlah seluruh elemen akreditasi rumah sakit yang ada}} \times 100$$

Indikator 2. Nilai Kematangan Inovasi pada Penghargaan *Innovative Government Awards (IGA)*"

- Indikator ini merupakan indikator tambahan pada tahun 2025, dimana berdasarkan kebijakan Bupati Jember untuk meningkatkan kinerja PD perlu ditambahkan target penghargaan di tingkat nasional maupun regional. Namun pada tahun 2025, data kematangan inovasi pelayanan RSD Kalisat sebesar 79.
- Inovasi RSD Kalisat yang diusulkan melalui IGA adalah Pemanfaatan Rekam Medis Elektronik Dalam Sebuah Tablet Dan Sirup yaitu inovasi untuk Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional melalui kecepatan pelayanan pasien di RSD Kalisat dan meminimalisir waktu tunggu pasien di RSD Kalisat

Capaian sasaran 1 didukung Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan sebagai berikut

Tabel 3.3 Kontribusi Capaian Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan Terhadap Sasaran 1

Program/ Kegiatan/ Sub-Kegiatan	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	% capaian
PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA	CRR (Cost recovery rate)	%	100	97,27	97,27%
Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	Rincian Pelayanan - BOR - ALDS - TOI - BTO - NDR - GDR	% Hari Hari Kul % %	60-80 6-9 1-3 40-50 ≤25 ≤45	54,75 4,02 2,33 73,09 12,50 20,33	Tidak sesuai Tidak sesuai Sesuai Tidak sesuai Sesuai sesuai
Sub kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Unit Kerja	1	1	100%

Berikut analisis dukungan program terhadap ketercapaian sasaran "Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan"

- Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota dengan indikator CRR (Cost recovery rate) pada tahun 2025 ditargetkan sebesar 100% dan terealisasi 97,27% sehingga persentase capaian adalah sebesar 97,27 % CRR merupakan alat ukur kinerja keuangan yang menunjukkan kemampuan Rumah Sakit BLUD dalam menutup biaya operasional dan pendapatan layanan yang diperoleh. Sebagai entitas layanan publik yang diberi fleksibilitas pengelolaan keuangan, BLUD dituntut tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, tetapi juga menjaga keberlanjutan finansial. Melalui CRR, manajemen rumah sakit dapat menilai tingkat efisiensi, kemandirian, serta memfokuskan kebijakan strategis guna memastikan pelayanan tetap berjalan optimal dan berkesinambungan
- Faktor pendorong ketercapaian program adalah
 - a Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan dan memberikan motivasi kerja agar tujuan rumah sakit tercapai.
 - b Menambah layanan dokter spesialis guna meningkatkan jenis layanan di rumah sakit.
 - c Menyediakan sarana prasarana dan teknologi kesehatan yang sesuai dengan standar rumah sakit tipe C.

- d. Menerapkan sistem informasi manajemen rumah sakit (pelayanan kesehatan, administrasi, perencanaan dan keuangan) yang terintegrasi untuk efisiensi operasional (SIM RS Online).
 - e. Mengelola indikator efisiensi secara tepat seperti BOR, ALOS dan TOI.
 - f. Membangun struktur organisasi yang kuat dengan koordinasi yang baik antara unit pelayanan medis, penunjang medis, bagian umum dan bagian keuangan dan perencanaan.
- Faktor penghambat ketercapaian program adalah
 - a. Kurangnya SDM medis (perawat) yang sesuai dengan standar klasifikasi dan dokter spesialis tetap yang ada di Rumah Sakit Daerah Kalisat
 - b. Keterbatasan sarana prasarana dan teknologi kesehatan yang belum memadai untuk mendukung pelayanan kesehatan (tidak kompeten)
 - c. Manajemen keuangan dan pengelolaan anggaran yang seringkali mempengaruhi efektivitas operasional
 - d. Kinerja rumah sakit seringkali terkendala dalam mencapai target indikator utama seperti BOR yang memiliki target 60% – 85 % dan hanya tercapai 54,76% dan ALOS yang memiliki target 6 – 9 hari dan hanya 4,02 hari.

Dari uraian ketercapaian “Sasaran Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan” tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa faktor keberhasilan pencapaian target sasaran adalah jumlah kunjungan pasien di RSD Kalisat. Namun dalam pencapaian target sasaran masih terdapat beberapa hambatan antara lain :

- Faktor Internal (dalam sistem kesehatan)

- a. Keterbatasan SDM kesehatan, jumlah tenaga medis tidak sebanding dengan kebutuhan, distribusi tidak merata (lebih banyak di pusat kota dibanding daerah pinggir), serta kompetensi yang belum optimal.
- b. Sarana dan prasarana fasilitas kesehatan kurang memadai (belum lengkap) atau mengalami ketrusakan sehingga pelayanan tidak maksimal
- c. Manajemen pelayanan yang belum efektif, sistem rujukan, pencatatan, dan koordinasi antar unit seringkali tidak berjalan lancar
- d. Pendanaan terbatas, anggaran kesehatan tidak mencukupi untuk mendukung program peningkatan mutu, termasuk pembelian obat, alat kesehatan, dan pelatihan tenaga medis.

- Faktor Eksternal (lingkungan dan masyarakat)

- a. Kesadaran dan perilaku masyarakat, rendahnya kesadaran akan pentingnya kesehatan preventif (misalnya imunisasi, pola hidup sehat) membuat beban pelayanan meningkat.
- b. Kondisi sosial-ekonomi, kemiskinan dan keterbatasan biaya transportasi atau administrasi membuat masyarakat enggan atau tertambat mengakses layanan Kesehatan.

B.1.3 Analisis Efisiensi Anggaran

Untuk mengetahui efisiensi anggaran dan sasaran yang sudah tercapai dilakukan analisis efisiensi sebagaimana perhitungan dalam tabel berikut

Tabel 3.5 Perhitungan efisiensi

No.	Sasaran dan Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran Program Pendukung Sasaran			Kategori Efisiensi
		Target	realisasi	%	Target	realisasi	%	
1.	Sasaran : Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan							
	Indikator : Tingkat Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit	Pangpurnia	Pangpurnia	100%	52.751.680.549,60	32.436.432.162,00	61,49	Efisien
JUMLAH					52.751.680.549,60	32.436.432.162,00	61,49	

Berdasarkan tabel diatas, capaian kinerja sasaran RSD Kallsat memenuhi target kinerja tahun 2025 dengan realisasi anggaran program yang terkait langsung dengan pencapaian sasaran, sebesar Rp. 52.751.680.549,60 terealisasi Rp 32.436.432.162,00 atau 61,49%.

Sasaran Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan yang telah tercapai kinerjanya sesuai target, dilakukan analisa efisiensi penggunaan anggaran, yaitu dengan melakukan perbandingan antara % capaian kinerja dibandingkan dengan % capaian anggaran. Sehingga dapat disimpulkan penggunaan anggaran dalam pencapaian kinerja sasaran Mutu Pelayanan Kesehatan termasuk kategori efisien. Terdapat efisiensi yang bersumber dari :

1. Belanja Pegawai BLUD
2. Belanja Barang dan Jasa BLUD
3. Belanja Modal BLUD

C. CAPAIAN DAN ANALISIS KINERJA - PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025 DENGAN DASAR RENSTRA 2025 – 2029

Capaian Kinerja Tahun 2025 (atas Kinerja Pada PK Tahun 2025 dengan Dasar Renstra 2025 - 2029) , ditukang anggaran selajamata pada DPPA 2025 terdiri dari 1 (satu) Tujuan dan 1 (satu) Sasaran sebagaimana pada tabel 3.6 berikut

Tabel 3.6 Capaian Kinerja Tahun 2025 (atas Kinerja Pada PK Perubahan Tahun 2025 dengan Dasar Renstra 2025 - 2029)

No	Tujuan / Sasaran Strategis	Indikator	Kondisi Awal / Baseline -2024	Capaian Tahun 2025				Target Akhir Renstra (2029)	Capaian s/d 2025 terhadap target 2029	(Benchmark) Target Nasional/ Regional
				Target	Realisasi	%	Kriteria (kode)			
1	Tujuan 1 Meningkatnya Akses Kesehatan Masyarakat Berkualitas serta Merata	Indeks Kesehatan	0,83	0,84	0,84	100%	Sangat Tinggi	0,88	95,45%	Tidak tersedia data benchmark/perbandingan target nasional
2	Sasaran 1.1 Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Efektivitas Pencapaian Target Kinerja Pelayan Publik Perangkat Daerah	Indeks Pelayanan Publik (IPP)	4,62	4,64	2,20	47,4%	Sangat Rendah	4,69	46,90%	Target Nilai IPP Nasional 3,68
		Nilai SAKIP Perangkat Daerah (Nilai)	72,32	81,00	85,09	106,16 %	Sangat Tinggi	81,40	105,63%	Target Nilai AKIP Rata Rata Nasional 71 (BB/ Sangat Baik)
		Persentase Capaian Mutu Rumah Sakt Pemerintah	80%	80%	90,19%	112,73 %	Sangat Tinggi	90%	100,21%	Tidak tersedia data benchmark/perbandingan target nasional

C.1 Analisis ketercapaian Tujuan

Tujuan 1 "Meningkatnya Akses Kesehatan Masyarakat Yang Berkualitas serta merata"

Dilukur dengan indikator "Indeks Kesehatan (indeks)" :

- a. Target tahun 2025 tercapai 100%. Dengan demikian target tercapai dengan kriteria capaian sangat tinggi
- b. Capaian realisasi tahun 2025 terhadap target akhir periode renstra (th. 2029) adalah sebesar 95,45%
- c. Terealisasi menunjukkan peningkatan indeks kesehatan
- d. Indikator tersebut tidak dapat dilakukan benchmark dikarenakan tidak ada data untuk benchmark indikator yang sama.
- e. Berdasarkan formulasi indikator, perhitungan dilakukan dengan cara rata-rata capaian indikator sasaran dibagi jumlah sasaran pada tahun berjalan dikali seratus persen

Tujuan "Meningkatnya Akses Kesehatan Masyarakat Yang Berkualitas serta merata", didukung oleh sasaran "Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Efektifitas Pencapaian Target Kinerja serta Pelayanan Publik Perangkat Daerah",

C.1.1 Analisis Ketercapaian Sasaran

Sasaran 1 "Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Efektifitas Pencapaian Target Kinerja serta Pelayanan Publik Perangkat Daerah"

Dilukur dengan 3 (tiga) indikator

- Indeks pelayanan publik (indeks).
 - Nilai SAKIP perangkat daerah (nilai).
 - Persentase capaian mutu rumah sakit pemerintah
- a. Target tahun 2025
 - Indeks pelayanan publik (indeks) tercapai 2,25. Dengan demikian target tercapai dengan kriteria capaian sangat rendah.
 - Nilai SAKIP perangkat daerah (nilai) tercapai 85,99%. Dengan demikian target tercapai dengan kriteria capaian sangat tinggi.
 - Persentase capaian mutu rumah sakit pemerintah tercapai 90,19%. Dengan demikian target tercapai dengan kriteria capaian sangat tinggi

- b. Capaian realisasi tahun 2025 terhadap target akhir periode renstra (th. 2029) adalah
- Indeks pelayanan publik sebesar 47,4%
 - Nilai SAKIP perangkat daerah sebesar 106,16%
 - Persentase capaian mutu rumah sakit pemerintah sebesar 112,73%
- c. Tren realisasi menunjukkan
- Indeks pelayanan publik menurun sebesar 52,6% dibanding tahun 2024 (baseline)
 - Nilai SAKIP perangkat daerah meningkat sebesar 6,16% dibanding tahun 2024 (baseline)
 - Persentase capaian mutu rumah sakit pemerintah menurun sebesar 12,73% dibanding tahun 2024 (baseline)
- d. Indikator Persentase capaian mutu rumah sakit pemerintah tidak dapat dilakukan benchmark dikarenakan tidak ada data untuk benchmark indikator yang sama.
- Benchmark / perbandingan indikator nilai SAKIP dilakukan dengan target nasional nilai SAKIP pada RPJMN 2025-2029 yaitu 71. Dimana nilai SAKIP RSD Kalisat tahun 2025 telah melampaui target nasional untuk nilai SAKIP.*
- Benchmark / perbandingan indikator IPP dilakukan dengan target nasional nilai IPP berdasarkan Renstra KemenPANRB 2025-2029 yaitu 3,68. Dimana nilai IPP RSD Kalisat tahun 2025 belum mencapai target nasional untuk IPP.*
- e. Berdasarkan formulasi indikator, nilai evaluasi SAKIP diperoleh dari hasil evaluasi SAKIP RSD Kalisat yang dilaksanakan oleh Inspektorat Kabupaten Jember pada tahun 2025, sebagaimana tercantum dalam Laporan Hasil Evaluasi (LHE) SAKIP Triwulan 3 tahun 2025 (surat Inspektorat Kabupaten Jember nomor 700.1.2.1/56/IR.4/35.09.410/2025 tanggal 29 September 2025 perihal Laporan Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) yang dilaksanakan sampai triwulan III Tahun 2025 pada Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember)
- f. Capaian sasaran 1 didukung Program / Kegiatan / Sub. Kegiatan sebagai berikut

Tabel 3.7 Kontribusi Capaian Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan Terhadap Sasaran 1

Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	% capaian
PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA	- Persentase indikator program yang tercapai	%	95	90,19	94,94%
	- Persentase realisasi anggaran	%	75,50	61,49	81,44%
	- Indeks profesionalitas ASN	Indeks	80,50	81,59	102,97%
Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	Meningkatnya standar pelayanan minimal RS pemerintah	%	80	81	101,25%
Sub kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Unit kerja	1	1	100%

Berikut Dokumentasi Kegiatan program dan pelayanan

1. Pemeliharaan Gedung Bangunan Kesehatan





2. Pengadaan mesin Anjungan Pendaftaran Mandiri dan peralatan personal komputer



Berikut analisis dukungan program terhadap ketercapaian sasaran "Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan"

- a. Program Pertunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota dengan indikator :
 - Persentase indikator program yang tercapai pada tahun 2025 ditargetkan sebesar 95% dan terealisasi 90,19% sehingga prosentase sapaian adalah sebesar 94,94%

- Persentase realisasi anggaran yang tercapai pada tahun 2025 ditargetkan sebesar 75,50% dan terealisasi 61,49% sehingga prosentase capaian adalah sebesar 81,44%
 - Indeks profesionalitas ASN yang tercapai pada tahun 2025 ditargetkan sebesar 70 indeks dan terealisasi 81,35 Indeks sehingga prosentase capaian adalah sebesar 102,97%
- b. Faktor pendorong ketercapaian program adalah
- **Perencanaan yang matang**, adanya dokumen perencanaan yang jelas (RPJMD, RKPD, Rencana OPD) sehingga program penunjang memiliki arah, target, dan indikator kinerja yang terukur.
 - **Kapasitas aparatur**, kompetensi, profesionalisme, dan integritas ASN dalam melaksanakan tugas pemerintahan, administrasi, serta pelayanan publik.
 - **Pendanaan yang memadai**, ketersediaan anggaran BLUD yang cukup untuk mendukung pelaksanaan program, termasuk efisiensi dan elektivitas penggunaannya.
 - **Pemanfaatan teknologi informasi**, digitalisasi administrasi pemerintahan, sistem informasi manajemen, dan pelayanan berbasis elektronik (e-government) yang meningkatkan transparansi dan akuntabilitas.
 - **Monitoring dan evaluasi**, mekanisme pengawasan, pelaporan, serta evaluasi berkala untuk memastikan program berjalan sesuai target dan melakukan perbaikan bila diperlukan.
- c. Faktor penghambat ketercapaian program adalah:
- **Keterbatasan anggaran**, dana BLUD yang terbatas atau tidak mengalokasikan secara proporsional dapat menghambat pelaksanaan program.
 - **SDM yang kurang kompeten**, aparatur yang belum memiliki kapasitas, keterampilan, atau integritas yang memadai sehingga pelaksanaan program tidak efektif.
 - **Birokrasi yang rumit**, prosedur administrasi yang panjang dan berbelit-belit memperlambat realisasi kegiatan.

- **Keterbatasan Infrastruktur dan teknologi**, belum optimalnya pemanfaatan sistem informasi dan teknologi digital dalam mendukung tata kelola pemerintahan.
- **Pengawasan yang lemah**, monitoring dan evaluasi yang tidak konsisten menyebabkan penyimpangan atau ketidaksesuaian dengan target program.

Dari uraian ketercapaian “**Sasaran Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan**” tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa Tidak tercapainya target, khususnya pada indikator Indeks Pelayanan Publik yang mencapai kategori capaian sangat rendah, disebabkan

- Keterbatasan anggaran kesehatan, dana yang dialokasikan tidak mencukupi untuk mendukung seluruh program peningkatan mutu layanan. Kegiatan belanja operasional RSD Kalisat dipengaruhi oleh tingkat pendapatan yang diperoleh, sehingga untuk melakukan belanja diprioritaskan kegiatan rutin terlebih dahulu agar pelayanan yang diberikan kepada masyarakat terpenuhi.
- Keterbatasan SDM kesehatan, jumlah tenaga medis, paramedis, dan tenaga pendukung masih kurang, atau kompetensi belum merata. Kurangnya tenaga dokter spesialis menyebabkan pasien yang tidak bisa ditangani di RSD Kalisat harus di rujuk ke rumah sakit lain yang bisa menangani pasien tersebut. Hal ini menyebabkan berkurangnya pendapatan yang diperoleh.
- Faktor sosial-ekonomi, tingkat kemiskinan, pendidikan, dan budaya masyarakat memengaruhi akses serta pemanfaatan layanan kesehatan.

Tantangan untuk perbaikan kedepan adalah menambah SDM Kesehatan, sarana prasarana dan infrastruktur RSD Kalisat guna menunjang layanan rumah sakit yang terus berkembang menyesuaikan kebutuhan masyarakat.

C.1.3 Analisis Efisiensi Anggaran

Untuk mengetahui efisiensi anggaran dari sasaran yang sudah tercapai dilakukan analisis efisiensi sebagaimana perhitungan dalam tabel berikut :

Tabel 3.9 Perhitungan efisiensi

No	Sasaran dan Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran Program Pendukung Sasaran			Kategori Efisiensi
		Target	realisasi	%	Target	realisasi	%	
1.	Sasaran : Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Efektifitas Pencapaian Target Kinerja serta : Pelayanan Publik Perangkat Daerah				52.751.680.549,60	32.436.432.162,00	61,49	
	Indikator : Indeks pelayanan publik	4,64	2,20	47,4%				
	Nilai SAKIP Perangkat Daerah	81,00	85,99	106,16 %				
	Persentase capaian mutu rumah sakit pemerintah	80%	90,19 %	112,73 %				
	Rata Rata Capaian			88,76%	52.751.680.549,60	32.436.432.162,00	61,49%	Tidak Efisien

Berdasarkan tabel diatas, capaian kinerja sasaran RSD Kalsel memenuhi target kinerja tahun 2025 dengan realisasi anggaran program yang berkait langsung dengan pencapaian sasaran, sebesar Rp. 52.751.680.549,60 terealisasi Rp 32.436.432.162,00 atau 61,49%.

Hasil rata rata capaian kinerja indikator 1, 2, dan 3 sebesar 88,76% tidak optimal karena tidak mencapai target (capaian <100%), sehingga dapat disimpulkan pada pengelolaan anggaran dalam rangka mencapai target sasaran tidak efisien. Hal ini akan menjadi catatan perbaikan dalam perencanaan dan pelaksanaan pencapaian target di tahun 2026 khususnya untuk meningkatkan capaian indikator IPP yang rendah.

D. AKUNTABILITAS KEUANGAN

Pelaksanaan tugas dan fungsi RSD Kalisat pada tahun anggaran 2025 didukung dengan total anggaran sebesar Rp. 52.751.680.549,60

Secara ringkas komposisi penggunaan anggaran terdiri dari Belanja Operasional dan Belanja Modal dengan rincian sebagai berikut :

1. Belanja Operasional sebesar Rp 46.891.680.549,60
2. Belanja Modal sebesar Rp 5.860.000.000,00

Penggunaan anggaran secara terperinci dalam mendukung pencapaian sasaran adalah sebagai berikut :

Tabel 3.10 Realisasi Anggaran pada tahun 2025

Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan	Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	% Serapan Anggaran
Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	52.751.680.549,60	32.436.432.162,00	61,49
Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	52.751.680.549,60	32.436.432.162,00	61,49
Sub Kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	52.751.680.549,60	32.436.432.162,00	61,49

BAB IV PENUTUP

A. KESIMPULAN

Dalam tahun 2025 Rumah Sakit Daerah Kalisat telah melaksanakan berbagai program dan kegiatan guna mencapai target-target sasaran yang ditetapkan. Dinamika dalam perencanaan dan penganggaran pada tahun 2025, ditandai dengan penyusunan Rencana strategis periode tahun 2025-2029 menggantikan Renstra periode 2021-2026, serta perubahan anggaran tahun 2025. Dimana hal tersebut mempengaruhi perumusan kinerja target dan strategi penganggaran program dan kegiatan.

Hasil analisis dalam Laporan Kinerja berhasil mengidentifikasi hambatan dan permasalahan kinerja antara lain :

1. Kurangnya SDM medis (perawat) yang sesuai dengan standar klasifikasi dan dokter spesialis tetap yang ada di Rumah Sakit Daerah Kalisat.
2. Keterbatasan sarana prasarana dan teknologi kesehatan yang belum memadai untuk mendukung pelayanan kesehatan (tidak kompeten).
3. Manajemen keuangan dan pengelolaan anggaran yang seringkali mempengaruhi efektifitas operasional.
4. Kinerja rumah sakit seringkali terkendala dalam mencapai target indikator utama seperti BOR yang memiliki target 60% – 85 % dan hanya tercapai 54,76% dan ALOS yang memiliki target 6 – 9 hari dan hanya 4,02 hari.

Sedangkan faktor kunci keberhasilan ketercapaian sasaran adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan dan memberikan motivasi kerja agar tujuan rumah sakit tercapai.
2. Menambah layanan dokter spesialis guna meningkatkan jenis layanan di rumah sakit.
3. Menyediakan sarana prasarana dan teknologi kesehatan yang sesuai dengan standar rumah sakit tipe C.
4. Menerapkan sistem informasi manajemen rumah sakit (pelayanan kesehatan, administrasi, perencanaan dan keuangan) yang terintegrasi untuk efisiensi operasional (SIM RS Online).

5. Mengelola indikator efisiensi secara tepat seperti BOR, ALOS dan TOI.
6. Membatangi struktur organisasi yang kuat dengan koordinasi yang baik antara unit pelayanan medis, penunjang medis, bagian umum dan bagian keuangan dan perencanaan.

B. LANGKAH PERBAIKAN KINERJA

Adapun langkah langkah perbaikan kinerja kedepan sebagai berikut:

1. Memperbahana dan menerapkan standar kualitas jasa kesehatan (SOP) yang ketat.
2. Memperkuat peran komite keperawatan dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dalam pengisian rekam medis.
3. Mengimplementasikan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS Online) yang terintegrasi untuk mendukung pelaporan.
4. Monitoring dan evaluasi secara berkala seperti pencapaian BOR, ALOS, TOI, BTO, NDR dan GDR.
5. Membangun kerjasama dengan mitra sektoral untuk meningkatkan kualitas manajemen dan layanan.
6. Melakukan survey kepuasan pasien untuk dasar perbaikan pelayanan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT

Jln. MH. Thamrin No. 31 Telp. (0331) 591038 Fax (0331) 593997 Kalisat – Jember
E-mail : rsd.kalisat@jemberkab.go.id Laman : www.rsdkalisat.jemberkab.go.id

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

nama : dr. Triwiranto

jabatan : PIt. Direktur Rumah Sakit Daerah Kalisat

Selanjutnya disebut pihak pertama:

nama : Muhammad Balya Firjaun Barlaman

jabatan : PIt. Bupati Jember

Selaku alasan 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 memberikan 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
PIt. Bupati Jember.



Muhammad Balya Firjaun Barlaman

Jember, 10 Februari 2025
Pihak Pertama
PIt. Direktur Rumah Sakit Daerah Kalisat



dr. Triwiranto
NIP. 197007032002121009

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025 RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT

NO (1)	SASARAN STRATEGIS (2)	INDIKATOR KINERJA (3)	TARGET (4)
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan	1. Tingkat Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna
		2. Nilai Kematangan Inovasi Pelayanan Publik pada Penghargaan <i>Innovative Government Awards</i> (IGA)	80

Program	Anggaran	Keterangan
1. Program Perijung Urusani Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Rp. 41.344.740.443,51	BLUD
Jumlah	Rp. 41.344.740.443,51	BLUD

Pihak Kedua
Pit. Bupati Jember,



Mohammad Bilya Firjaun Barlaman
Mohammad Bilya Firjaun Barlaman

Jember, 10 Februari 2025
Pihak Pertama
Pit. Direktur Rumah Sakit Daerah Kalisat



dr. Twiranto
dr. Twiranto
NIP. 19700732 200212 1 009



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT

Jln. MH. Thamrin No. 31 Telp. (0331) 591038 Fax (0331) 593997 Kalisat – Jember
E-mail : red.kalisat@jemberkab.go.id Laman : www.redkalisat.jemberkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN
TAHUN 2025**

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

Nama : dr. Saraswati Dewi, Sp.A (K)

Jabatan : PIt. Direktur Rumah Sakit Daerah Kalisat

Selanjutnya disebut pihak pertama.

Nama : Akhmad Helmi Luqman, S.Sos

Jabatan : PIt. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

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 memberikani 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
PIt. Kepala Dinas Kesehatan



Akhmad Helmi Luqman, S.Sos
NIP. 19780507-199602-1-004

Jember, 24 September 2025.

Pihak Pertama

PIt. Direktur Rumah Sakit Daerah Kalisat



dr. Saraswati Dewi, Sp.A (K)
NIP. 19700625-200012-2-003

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN
TAHUN 2025
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT**

NO	TUJUAN / SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya Akses Kesehatan Masyarakat Yang Berkualitas Serta Merata	Indeks kesehatan (Indeks)	0,84
2	Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan efektivitas pencapaian target kinerja serta pelayanan publik perangkat daerah	Indeks Pelayanan Publik (Indeks)	4,64
		Nilai SAKIP Perangkat Daerah (Nilai)	81
		Persentase Capaian Mutu Rumah Sakit Pemerintah (%)	80%

Program	Anggaran	Keterangan
1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Rp. 52.751.680.549,60	BLUD
Jumlah	Rp. 52.751.680.549,60	BLUD

Pihak Kedua
PIL Kepala Dinas Kesehatan



Ahmad Helmi Luthman, S.Sos
NIP. 19760507 199602 1 004

Jember, 24 September 2025
Pihak Pertama
PIL Direktur Rumah Sakit Daerah Kalisat



dr. Saraswati Dewi, Sp.A (K)
NIP. 19700625 200012 2 003



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT**

Jl. MH Thamrin No. 31 Kalisat Jember Jawa Timur 68193
Telp. (0331) 501008 Fax. (0331) 503997

Laman: www.eskmd.kabupatertjember.go.id Pts-ef: post.eskmd@kabupatertjember.go.id

KEPUTUSAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT KABUPATEN JEMBER

Nomor : 000.8.6.3/759/35.09.612/2025

TENTANG

INDIKATOR KINERJA UTAMA

RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT KABUPATEN JEMBER

- Menimbang** :
- a. bahwa untuk melaksanakan Ketentuan pasal 3 dan pasal 4 Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/9/M.PAN/5/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah, perlu menetapkan Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember dalam suatu Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah Kalisat.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015;
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan;
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah;
 5. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah dua kali diubah terakhir dengan

peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;

7. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah;
8. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 20/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama;
9. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknik Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Revisi Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

M E M U T U S K A N

Menetapkan

- Kesatu : Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember
- Kedua : Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU tersebut dalam lampiran;
- Ketiga : Indikator Kinerja Utama sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dan KEDUA bertujuan untuk :
- (1). Memberikan informasi kinerja yang penting dan diperlukan dalam menyelenggarakan manajemen kinerja organisasi
 - (2). Mengukur keberhasilan pencapaian suatu tujuan dan sasaran strategis yang digunakan untuk perbaikan kinerja dan peningkatan akuntabilitas kinerja organisasi
- Keempat : Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dimanfaatkan untuk :
- a. Perencanaan Strategis Organisasi Perangkat Daerah
 - b. Perencanaan Tahunan Organisasi Perangkat Daerah

- c. Penyusunan Dokumen Perjanjian Kinerja Organisasi Perangkat Daerah
- d. Pelaporan Kinerja Instansi Pemerintah Organisasi Perangkat Daerah
- e. Evaluasi Kinerja Instansi Pemerintah Organisasi Perangkat Daerah

Kelima : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kesalahan dan kekurangsempurnaan dalam Keputusan ini, akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jember
Pada tanggal : 10 Februari 2025

Pt. Jember
R. Jember
PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS SWIKIRTA
Pembina Utama Muda
NIP. 197007032002121009



INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT KABUPATEN JEMBER

Instansi : Rumah Sakit Daerah Kalisat

Tujuan : Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan perorangan

Tugas : menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan, rawat intensif, gawat darurat dan kamar operasi

Fungsi : a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar rumah sakit;
b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis;
c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dan pemberian pelayanan kesehatan; dan
d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

**INDIKATOR KINERJA UTAMA
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT JEMBER**

Kinerja Utama/ Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Penjelasan/Formulasi Penghitungan	Sumber data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan	Tingkat Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit	<p style="text-align: center;"> $\frac{\text{Jumlah elemen akreditasi rumah sakit yang memenuhi standar akreditasi rumah sakit}}{\text{Jumlah seluruh elemen akreditasi rumah sakit yang ada}} \times 100$ </p> <p>Penjelasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lembaga independent penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit menyampaikan hasil Akreditasi kepada Kementerian Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan setelah dilakukan survey. Tingkat kelulusan berdasarkan pemenuhan standar Akreditasi Rumah Sakit dengan ketentuan sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> - Paripurna (semua Bab / 19 Bab mendapat nilai minimal 80%) - Utama (12 - 15 Bab mendapatkan nilai 80% dan Bab SKP mendapat nilai minimal 80%. Untuk rumah sakit selain rumah sakit pendidikan/wahana pendidikan maka kelulusan adalah 2- 14 bab dan bab SKP minimal 80%) 	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP)	Direktur RSD Kalisat

		<ul style="list-style-type: none"> - Madya (8 - 11 Bab mendapat nilai minimal 80% dan Bab SKP mendapat nilai minimal 70%) - Tidak Terakreditasi : <ul style="list-style-type: none"> a. Kurang dari 8 Bab yang mendapat nilai minimal 80%; dan/atau b. Bab SKP mendapat nilai kurang dari 70% <p>➤ Elemen Akreditasi Rumah Sakit yang memenuhi standar merupakan elemen penilaian terhadap pelayanan rumah sakit yang telah memenuhi persyaratan sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Dikatakan memenuhi standar (mencapai 100 %) apabila persentase elemen yang memenuhi syarat minimal sebesar > 80% dari seluruh elemen yang ada. Indikator ini menggambarkan tingkat kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit yang telah memenuhi standar pelayanan kesehatan RS tingkat nasional. Elemen Akreditasi Rumah Sakit antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelompok Manajemen Rumah Sakit terdiri atas: Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK). 		
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien terdiri atas: Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pengkajian Pasien (PP), Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP), Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB), Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO), dan Komunikasi dan Edukasi (KE). - Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). - Kelompok Program Nasional (PROGNAS). <p>➤ Standar Akreditasi Rumah Sakit adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Standar Akreditasi Rumah Sakit tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

PI. DIREKTUR
 RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT

 TSUWIRANUS
 Patungga Jember Muda
 NIP. 197007032002121009



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT

Jln. MH. Thamrin No. 31 Telp. (0331) 591038 Fax (0331) 593997 Kalisat – Jember
E-mail : rsd.kalisat@jemberkab.go.id Laman : www.rsdkalisat.jemberkab.go.id

KEPUTUSAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT KABUPATEN JEMBER

Nomor : 000.7.2.7/3741 /35.09.612/2025

TENTANG

**PERUBAHAN KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
KALISAT NOMOR 000.8.6.3/759/35.09.612/2025 TENTANG
INDIKATOR KINERJA UTAMA
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT KABUPATEN JEMBER**

- Menimbang** :
- a. bahwa untuk melaksanakan Ketentuan pasal 3 dan pasal 4 Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/9/M.PAN/5/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah, perlu menetapkan Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember dalam suatu Keputusan Kepala Rumah
 - b. Sehubungan dengan perubahan Indeks Kinerja unit RSD Kalisat, dipandang perlu untuk melakukan perubahan atas keputusan Direktur Nomor : 000.8.6.3/759/35.09.612/2025 tentang Indikator Kinerja Utama
 - c. bahwa untuk melaksanakan maksud sebagaimana dimaksud dlm huruf b, dipandang perlu ditetapkan melalui keputusan Direktur
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 ;
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan;

3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah
4. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah;
5. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah dua kali diubah terakhir dengan peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 ;
7. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah;
8. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 20/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama ;
9. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah

M E M U T U S K A N

Menetapkan :

Kesatu : **PERUBAHAN KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT NOMOR 000.8.6.3/759/35.09.612/2025 TENTANG INDIKATOR KINERJA UTAMA RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT KABUPATEN JEMBER**

Kedua : Mengubah Lampiran Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah Kalisat Nomor : 000.8.6.3/759/35.09.612/2025 tentang Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Daerah Kalisat menjadi sebagaimana tersebut dalam lampiran Keputusan ini

Ketiga

Keputusan Kepala Rumah Sakit Daerah Kalisat ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Jember

Pada tanggal : 23 September 2025



Pt. Direktur
Rumah Sakit Daerah Kalisat

Dr. Saraswati Dewi, Sp.A (K)
Pembina Tk.I / IV b
NIP. 197006252000122003

**INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT KABUPATENJEMBER**

Instansi : Rumah Sakit Daerah Kalisat

Tujuan : Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan perorangan

Tugas : menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan, rawat intensif, gawat darurat dan kamar operasi

Fungsi : a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar rumah sakit;
b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis;
c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dan pemberian pelayanan kesehatan; dan
d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

**INDIKATOR KINERJA UTAMA
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT JEMBER**

Kinerja Utama/ Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Penjelasan/Formulasi Penghitungan	Sumber data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5
Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan Efektifitas Pencapaian Target Kinerja Perangkat Daerah	Presentase Capaian Mutu Rumah Sakit Pemerintah	<p style="text-align: center;"> $\frac{\text{Rata-Rata Capaian Indikator Sasaran}}{\text{Jumlah indikator Sasaran Pada tahun Berjalan}} \times 100$ </p> <p>Penjelasan : Presentase Capaian Mutu Rumah Sakit Pemerintah Renstra bisa terpenuhi dari rata-rata capaian indikator sasaran bagi jumlah sasaran pada tahun berjalan yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentase Indikator Nasional Mutu (INM) - Presentase Kinerja Pelayanan Rumah Sakit - Presentase Kinerja Keuangan Rumah Sakit - Presentase Pemenuhan SDM - Pemenuhan Sarana Prasarana Sesuai ASPAK 	Seluruh Bidang/Bagian, Instalasi dan unit di RSD Kalisat	Direktur RSD Kalisat

	<p>Indeks pelayanan publik</p>	<p>Formulasi :</p> <p>1. Menentukan Nilai Untuk Setiap Indikator</p> $\text{Nilai per indikator} = \left(\frac{\text{nilai F01} + \text{nilai F02} + \text{nilai F03}}{3} \right) \times \text{bobot perindikator}$ <p>2. Menentukan nilai setiap aspek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nilai per aspek : $\Sigma \text{ nilai perindikator}$ <p>3. Menentukan Indeks</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nilai Indeks : $\Sigma (\text{nilai aspek}_i \times \text{bobot aspek}_i)$ <p>Penjelasan :</p> <p>Penilaian IPP dilakukan terhadap unit pelayanan publik berdasarkan 6 aspek utama. Berikut adalah komponennya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Pelayanan 2. Profesionalisme SDM 3. Sarana dan Prasarana 4. Sistem Informasi Pelayanan 5. Konsultasi dan Pengaduan 6. Inovasi 	<p>Data Survey IPP</p>	
--	--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	--

		Range Nilai	Kategori	Makna		
		4,51-5,00	A	Pelayanan Prima		
		4,01-4,50	A-	Sangat Baik		
		3,51-4,00	B	Baik		
		3,01-3,50	B-	Baik (DC)		
		2,51-3,00	C	Cukup		
		2,01-2,50	C-	Cukup (DC)		
		1,51-2,00	D	Buruk		
		1,01-1,50	E	Sangat Buruk		
		0-1,00	F	Gagal		