



LAPORAN KINERJA SEMESTER II TAHUN 2025



UPTD. RSUD GEMA SANTI
NUSA PENIDA

Jl. Pendidikan, Br. Nyuh, Desa Ped,
Nusa Penida

TELP: (0366) 5581160

KABUPATEN KLUNGKUNG



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena dengan berkat rahmat-Nya Laporan Kinerja (LKj) ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Kinerja ini merupakan rangkuman dari kegiatan-kegiatan yang dilaporkan dan terkompilasi dari berbagai instalasi/unit di rumah sakit.

Laporan Kinerja Semester II tahun 2025 ini berisi informasi mengenai aktivitas dan segala sesuatu yang telah dicapai UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida pada Semester II Tahun 2025. Diharapkan Laporan Kinerja ini dapat dijadikan bahan acuan bagi peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan rumah sakit di masa mendatang.

Pada kesempatan ini kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang terlibat dalam pengelolaan dan pelayanan rumah sakit, sehingga rumah sakit masih tetap eksis dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Kami menyadari bahwa isi dari laporan kinerja ini masih belum sempurna, oleh karena itu saran dan kritik yang membangun sangat kami harapkan, sehingga akan lebih sempurna di masa mendatang.

Ped, 14 Januari 2026

Direktur UPTD. RSUD Gema Santi
Nusa Penida



dr. Ketut Rai Sutapa, S.Ked

Pembina, (IV/a)

NIP. 19790401 200604 1 012

**DAFTAR ISI**

| | |
|---|-----|
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI | ii |
| DAFTAR TABEL | iii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Maksud dan Tujuan | 2 |
| C. Gambaran umum | 2 |
| D. Dasar Hukum | 11 |
| E. Sistematika | 12 |
| BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA | 13 |
| A. Perencanaan Strategis | 13 |
| B. Rencana Kerja | 14 |
| BAB III AKUNTABILITAS KINERJA | 24 |
| A. Tanggung Jawab Pengumpulan Data Kinerja | 24 |
| B. Pengukuran Capaian Kinerja | 24 |
| C. Capaian Kinerja Organisasi | 25 |
| 1. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025 | 25 |
| 2. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025 dengan Standar Nasional | 26 |
| 3. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dengan Standar Nasional | 27 |
| 4. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Sesuai Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit | 28 |
| 5. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Sesuai Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit | 29 |
| D. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja dan Rencana Tindak Lanjut yang Dapat Dilakukan | 31 |
| E. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya | 33 |
| F. Analisis Program/Kegiatan yang menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja Periode Juli-Desember 2025 | 33 |
| G. Analisis Program/Kegiatan yang menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja Periode Januari-Desember 2025 | 34 |
| H. Realisasi Anggaran | 35 |
| I. Permasalahan dan Rencana Tindak Lanjut | 36 |
| BAB IV PENUTUP | 37 |



**DAFTAR TABEL**

| | |
|--|----|
| Tabel 1. Daftar Ketenagaan di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida | 10 |
| Tabel 2. Sasaran Strategis UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida | 15 |
| Tabel 3. Indikator Kinerja Utama (IKU) UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida | 19 |
| Tabel 4. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester I Tahun 2025..... | 25 |
| Tabel 5. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester I Tahun 2025..... | 26 |
| Tabel 6. Target dan Realisasi Kinerja sesuai Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit Semester I Tahun 2025 | 28 |
| Tabel 7. Analisis Penyebab Kegagalan Capaian Kinerja | 31 |
| Tabel 8. Anggaran Belanja dan Realisasi menurut Jenis Belanja..... | 36 |



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam rangka meningkatkan pelaksanaan pemerintah yang berdayaguna, berhasil guna, bersih dan bertanggung jawab, telah diterbitkan Peraturan Presiden No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Pelaksanaan lebih lanjut didasarkan atas Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida merupakan unit pelaksana teknis daerah di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten Klungkung yang melaksanakan urusan wajib bidang kesehatan dalam menyelenggarakan usaha kesehatan rujukan. Oleh sebab itu, terselenggaranya *Good Governance* merupakan syarat mutlak bagi setiap instansi rumah sakit untuk mewujudkan aspirasi masyarakat dan tuntutan masyarakat dalam rangka mencapai tujuan serta cita – cita berbangsa dan bernegara dalam meraih derajat kesehatan yang prima.

UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna dengan mengutamakan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui penyediaan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat dan tindakan medik.

Laporan Kinerja (LKj) Instansi Pemerintah dalam hal ini UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida, adalah dokumen yang berisi gambaran perwujudan kewajiban UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida untuk mempertanggungjawabkan kinerja, keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan misi organisasi UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida dalam mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategis di lingkungan Pemerintahan Kabupaten Klungkung.

Selain dari tuntutan akuntabilitas kinerja, LKj juga sebagai alat ukur keberhasilan UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida mencapai tujuan dan/atau sasaran atau kegiatan utama dan dapat digunakan sebagai fokus perbaikan kinerja di masa mendatang, kuncinya adalah penekanan pada tujuan atau sasaran atau program kegiatan yang perlu mendapat perhatian sebagai ukuran keberhasilan.



B. Maksud dan Tujuan

1) Maksud

Maksud dari penyusunan laporan kinerja UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida adalah sebagai laporan pertanggungjawaban pelaksanaan kinerja UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida dalam satu tahun kepada Pemerintah Kabupaten Klungkung.

2) Tujuan

Adapun tujuan disusunnya laporan kinerja UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida adalah sebagai tolok ukur keberhasilan kinerja UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida dalam mencapai sasaran dan tujuannya.

C. Gambaran umum

1. Tugas Pokok dan Fungsi

UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menyelenggarakan tugas pokok UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida mempunyai fungsi:

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

2. Struktur Organisasi

Dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida dengan baik, Direktur UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida bertugas:

- a. Memimpin dan mengurus UPTD. RSUD Gema Santi sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna
- b. Menetapkan kebijakan operasional UPTD. RSUD Gema Santi
- c. Mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program kerja UPTD. RSUD Gema Santi



- d. Mengevaluasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas bawahan
- e. Mengatur, mendistribusikan dan mengoordinasikan tugas-tugas kepada bawahan
- f. Memberikan petunjuk, pembinaan teknis, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas-tugas kepada bawahan
- g. Melaksanakan pengendalian intern
- h. Menilai hasil kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan
- i. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan dan
- j. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Bupati melalui Kepala Dinas.

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut di atas, Direktur UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida mempunyai fungsi:

- a. Koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi
- b. Memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan UPTD. RSUD Gema Santi
- c. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola UPTD. RSUD Gema Santi
- d. Mengelola UPTD. RSUD Gema Santi dengan berwawasan lingkungan
- e. Menyusun Rencana Kerja Anggaran UPTD. RSUD Gema Santi
- f. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi UPTD. RSUD Gema Santi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
- g. Menyusun laporan tahunan dan laporan berkala dan
- h. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan UPTD. RSUD Gema Santi.

Kewenangan Direktur adalah:

- a. Menetapkan peraturan Direktur dan kebijakan operasional dalam melaksanakan tata kelola rumah sakit yang berpedoman pada Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*)
- b. Memberikan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di UPTD. RSUD Gema Santi
- c. Menetapkan pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap UPTD. RSUD Gema Santi
- d. Mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan
- e. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai UPTD. RSUD Gema Santi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan



- f. Memberikan penghargaan kepada pegawai dan profesional yang berprestasi
- g. Memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku
- h. Mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan
- i. Menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing
- j. Menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan
- k. Mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya
- l. Meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur.

Direktur UPTD. RSUD Gema Santi dalam menjalankan tugas dan fungsinya membawahi:

1. Kepala Sub Bagian Tata Usaha
Kepala Tata Usaha mempunyai tugas:
 - a. Mengoordinasikan penyiapan perumusan bahan kebijakan teknis UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida
 - b. Menyusun rencana, program kerja, kegiatan, laporan kinerja dan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas
 - c. Mendistribusikan tugas, memberikan petunjuk dan arahan kepada bawahan
 - d. Memimpin dan mengoordinasikan pelaksanaan tugas ketatausahaan dan mengoordinasikan pelaksanaan tugas seksi
 - e. Memberikan saran, pendapat, dan pertimbangan pada atasan
 - f. Mengoordinasikan penyiapan laporan kinerja dan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida
 - g. Menyelenggarakan urusan rumah tangga, umum, ketatausahaan dan kepegawaian, keuangan, perencanaan program, informasi dan humas serta pelaporan
 - h. Mengelola administrasi dan pembinaan pegawai
 - i. Mengelola keuangan yang meliputi menyiapkan rencana anggaran dan belanja, pembukaan anggaran, verifikasi serta perbendaharaan
 - j. Mengelola administrasi surat menyurat, pengarsipan, perawatan dan perbekalan rumah tangga
 - k. Melakukan monitoring dan evaluasi kinerja ketatausahaan



- l. Membina, mengawasi, dan menilai kinerja bawahan dan
- m. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Untuk menyelenggarakan tugas, kepala tata usaha mempunyai fungsi:

- a. Pengelolaan urusan rumah tangga
- b. Pengelolaan urusan umum dan kepegawaian
- c. Pengelolaan keuangan dan
- d. Pengelolaan perencanaan dan pelaporan.

2. Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. Menyusun rencana dan program kerja pelayanan medis dan keperawatan
- b. Mengoordinasikan rencana dan program kerja pelayanan medis dan keperawatan
- c. Memberi petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan
- d. Mengatur, mendistribusikan dan mengoordinasikan tugas kepada bawahan
- e. Melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan medis dan keperawatan
- f. Mengoordinasikan pelaksanaan pelayanan medis dan keperawatan di unit dan instalasi terkait
- g. Menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan medis dan keperawatan serta kebutuhan lainnya
- h. Mengoordinasikan penyusunan dan mengawasi pelaksanaan *medical staf by laws*
- i. Mengoordinasikan instalasi terkait lainnya untuk memberikan informasi/penjelasan dan meminta persetujuan (*informed consent*) atas tindakan medis yang dilaksanakan
- j. Mengoordinasikan rencana pelaksanaan dan evaluasi dan asuhan pelayanan keperawatan di instalasi rumah sakit
- k. Mengadakan pemantauan pengawasan evaluasi dan mutu pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan
- l. Menyiapkan, mengatur dan melakukan pengawasan serta evaluasi kebutuhan peralatan/logistik pelayanan dan asuhan keperawatan
- m. Melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan



- n. Menyusun dan menerapkan pelaksanaan *nursing staf by laws*, standar prosedur operasional (SPO) dan ijin kerja tenaga perawat
 - o. Mengevaluasi kegiatan hasil kerja dan laporan untuk bahan perencanaan berikutnya
 - p. Melaksanakan sistem pengendalian intern
 - q. Menilai prestasi kerja bawahan dan pertanggungjawabkan hasil kerja bawahan
 - r. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan dan
 - s. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.
3. Kepala Seksi Penunjang Medis mempunyai tugas :
- a. Menyusun rencana dan program kerja pelayanan penunjang medis
 - b. Mengoordinasikan rencana dan program kerja pelayanan penunjang medis
 - c. Mengatur, mendistribusikan dan mengoordinasikan tugas kepada bawahan
 - d. Membimbing dan memberikan petunjuk kepada bawahan
 - e. Mengoordinasikan kegiatan dan pemeliharaan peralatan kesehatan, diagnostik (Laboratorium dan Radiologi), Farmasi, Gizi, Sterilisasi, Laundry dan Perawatan Jenazah serta Instalasi Kesehatan Lingkungan
 - f. Mengevaluasi kegiatan hasil kerja dan laporan untuk bahan perencanaan berikutnya
 - g. Melaksanakan sistem pengendalian intern
 - h. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan
 - i. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan dan
 - j. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.
4. Unit-unit Non Struktural
- 4.1 Satuan Pemeriksa Internal (SPI) mempunyai tugas dan tanggung jawab yaitu:
- a. Melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain
 - b. Melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam



- bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit
- c. Melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
 - Informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya
 - Fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif dan
 - Penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - d. Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.

Dalam melaksanakan tugasnya, Satuan Pemeriksa Internal (SPI) mempunyai fungsi sebagai unit monitoring untuk :

- a. Membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan asset UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida.
- b. Melakukan penelitian desain dan implementasi pengendalian internal.
- c. Melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida.

4.2 Komite

Komite adalah merupakan wadah non struktural yang terdiri dari Komite Medis dan Komite Keperawatan yang mempunyai tanggung jawab untuk menetapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).

5. Kelompok Staf Medik
 - a. Pembentukan kelompok staf medis sesuai dengan jenis dan jumlah tenaga medis yang ada di UPTD. RSUD Gema Santi dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
 - b. Kepala Kelompok Staf Medis dipilih secara internal di setiap Kelompok Staf Medis dan diterapkan dengan keputusan Direktur.
6. Instalasi
 - a. Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur.



3. Sumber Daya Aparatur

Saat ini UPTD. RSUD Gema Santi memiliki Sumber Daya Aparatur sebagai berikut:

Jumlah seluruh pegawai UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida per 31 Desember 2025 yaitu 226 orang, dengan jumlah PNS adalah 77 orang, PPPK 112 orang, , residen 4 orang, pegawai kontrak kabupaten 2 orang, pegawai kontrak provinsi 1 orang, tenaga *outsourcing* CS 6 orang, tenaga kontrak BLUD sebanyak 4 orang, serta PPPK Paruh Waktu 20 orang.

Tabel 1. Daftar Ketenagaan di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida per 31 Desember 2025

| NO | NAMA JABATAN | JUMLAH TENAGA | | | | JUMLAH |
|-----------|----------------------------------|---------------|-----------|---|---|------------|
| | | PNS | PPPK | NON PNS (KONTRAK/ PARUH WAKTU) | RESIDEN/ TENAGA OUTSOURCING/ KONTRAK BLUD | |
| I | MEDIS | | | | | |
| | Dokter Spesialis Bedah | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | Dokter Spesialis Penyakit Dalam | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | Dokter Spesialis Anak | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | Dokter Spesialis Kandungan | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Dokter Spesialis Anastesi | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Dokter Spesialis Paru | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Dokter Spesialis Neurologi | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Dokter Spesialis Radiologi | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Dokter Spesialis Patologi Klinik | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Dokter Umum | 4 | 2 | 1 | 1 | 8 |
| | Dokter Gigi | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | JUMLAH | 13 | 2 | 1 | 8 | 24 |
| II | PARAMEDIS | | | | | |
| | Pranata Laboratorium Kesehatan | 8 | 3 | 0 | 0 | 11 |
| | Apoteker | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | Asisten Apoteker | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| | Bidan | 7 | 20 | 0 | 0 | 27 |
| | Nutrisionis | 2 | 3 | 0 | 0 | 5 |
| | Perawat | 13 | 59 | 1 | 0 | 75 |
| | Perawat Anastesi | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Perawat Gigi | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | Radiografer | 6 | 3 | 0 | 0 | 9 |
| | Sanitarian | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | Teknisi Elektromedik | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Tenaga Kesmas | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | Tenaga Fisioterapi | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | JUMLAH | 54 | 92 | 0 | 0 | 146 |



| NO | NAMA JABATAN | JUMLAH TENAGA | | | | JUMLAH |
|------------|---|---------------|------------|---|---|------------|
| | | PNS | PPPK | NON PNS (KONTRAK/ PARUH WAKTU) | RESIDEN/ TENAGA OUTSOURCING/ KONTRAK BLUD | |
| III | PEJABAT RS | | | | | |
| | Direktur | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Kepala Sub Bagian Tata Usaha | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Plt. Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Kepala Seksi Penunjang Medis | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | JUMLAH | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| IV | NON MEDIS | | | | | |
| | Juru Masak | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| | Laundry | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| | Sopir | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 |
| | Perekam Medis | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | Satpam | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 |
| | Staf Manajemen/Administrasi | 3 | 18 | 0 | 0 | 21 |
| | CS | 0 | 0 | 4 | 6 | 10 |
| | CSSD | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | Lainnya | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| | JUMLAH | 6 | 18 | 22 | 6 | 51 |
| | JUMLAH KESELURUHAN | 77 | 112 | 23 | 14 | 226 |

Sumber: Bagian Kepegawaian UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida

D. Dasar Hukum

- Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Akuntabilitas Kinerja Pemerintah
- 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
- Peraturan Bupati Klungkung Nomor 6 Tahun 2020 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Gema Santi Nusa Penida.



E. Sistematika

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 adalah sebagai berikut :

Kata Pengantar

Daftar Isi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

B. Maksud dan Tujuan

C. Gambaran Umum

1. Tugas Pokok dan Fungsi

2. Struktur Organisasi

3. Sumber Daya Aparatur

D. Dasar Hukum

E. Sistematika

BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. Perencanaan Strategis

1. Visi

2. Misi

3. Tujuan, Sasaran, Kebijakan dan Program

B. Rencana Kerja

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Tanggung Jawab Pengumpulan Data Kinerja

B. Pengukuran Capaian Kinerja

C. Capaian Kinerja Organisasi

1. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025

2. Perbandingan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025 dengan Standar Nasional

3. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja atas Alternatif Solusi yang telah dilakukan

4. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

5. Analisis Program/Kegiatan yang menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

D. Realisasi Anggaran

BAB IV PENUTUP



BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. Perencanaan Strategis

1. Visi

UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida mempunyai Visi:

“Rumah Sakit Pilihan dan Terdepan dalam Pelayanan Kesehatan di Nusa Penida Menuju Klungkung Unggul dan Sejahtera”

2. Misi

Untuk mewujudkan visi diatas, UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida mengemban Misi :

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkeadilan
- b. Mengembangkan pengelolaan Rumah Sakit secara profesional, transparan dan akuntabel
- c. Mengembangkan pelayanan spesialisik dasar dan pelayanan bedah

3. Tujuan, Sasaran dan Program

a. Tujuan

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama baik pelayanan kuratif maupun rehabilitatif serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan tambahan berupa pelayanan 4 (empat) spesialis dasar dengan pelayanan kunjungan/ rutin.

b. Sasaran dan Indikator Sasaran

Sasaran dan Indikator Sasaran UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida yaitu :

- 1) Meningkatnya kapasitas dan kualitas pelayanan kesehatan serta pengembangan jenis layanan kepada masyarakat.
- 2) Meningkatnya standar ketenagaan, sarana, prasarana, dan peralatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
- 3) Peningkatan kelas rumah sakit dari kelas D Pratama menjadi kelas C.

Dari 3 sasaran strategis tersebut, Indikator Sasaran yang menjadi dasar pengukuran kinerja adalah :

- Kapasitas Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit
 - a. Persentase tingkat hunian Rumah Sakit (BOR)
 - b. Rata-rata lama pasien dirawat (ALOS)
 - c. Rata-rata lama tempat tidur kosong/tidak terisi (TOI)
 - d. Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam kurun waktu (BTO)
- Angka kematian pasien dirawat di Rumah Sakit
 - a. Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR)
 - b. Angka kematian \geq 48 jam tiap 1000 pasien keluar (NDR)



- Pendapatan Rumah Sakit
 - Kualifikasi tenaga profesional medis dan keperawatan
 - a. Tenaga medis sesuai dengan standar klasifikasi Rumah Sakit
 - b. Tenaga keperawatan yang memenuhi standar kompetensi
 - Kelengkapan sarana dan prasarana Rumah Sakit
 - a. Kelengkapan alat kesehatan yang terstandar
 - b. Kelengkapan sarana gedung/fisik sesuai standar
 - Kualifikasi tenaga profesional medis dan keperawatan serta sarana prasarana rumah sakit sesuai kelas C
- c. Program
- 1) Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota
 - a. Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD
 - Sub Kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD
 - 2) Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
 - a. Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota
 - Sub Kegiatan Pengembangan Rumah Sakit
 - b. Kegiatan Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota
 - Sub Kegiatan Operasional Pelayanan Rumah Sakit

B. Rencana Kerja

Rencana Kerja UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida Semester II Tahun 2025 yang dituangkan di dalam 3 (tiga) Sasaran Strategis yang telah ditetapkan dengan tabel sebagai berikut:



Tabel 2. Sasaran Strategis UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida

| NO | SASARAN | INDIKATOR | TARGET |
|----|---|---|--|
| 1. | Meningkatnya kapasitas dan kualitas pelayanan kesehatan serta pengembangan jenis layanan kepada masyarakat | 1. Kapasitas pelayanan kesehatan perorangan di RS a. Persentase tingkat hunian RS (BOR) b. Rata-rata lama pasien dirawat (ALOS) c. Rata-rata lama tempat tidur kosong/ tidak terisi (TOI) d. Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam kurun waktu (BTO) | 60-80% 4-6 hari 1-3 hari 40-50 kali |
| | | 2. Angka kematian pasien dirawat di RS a. Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR) b. Angka kematian \geq 48 jam tiap 1000 pasien keluar (NDR) | \leq 45% $<$ 25 % |
| | | 3. Pendapatan RS Capaian Pendapatan Tahun Berjalan | 100% |
| 2 | Meningkatnya Standar Ketenagaan, Sarana, Prasarana, dan peralatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit | 1. Kualifikasi tenaga professional medis dan keperawatan a. Tenaga medis yang memenuhi standar kompetensi b. Tenaga keperawatan yang memenuhi standar kompetensi | 100% 100% |
| | | 2. Kelengkapan sarana dan prasarana rumah sakit a. Kelengkapan Alat kesehatan yang terstandar b. Kelengkapan sarana gedung/ fisik sesuai standar | 100% 100% |
| 3 | Peningkatan kelas rumah sakit dari kelas D Pratama menjadi kelas C | Kualifikasi tenaga professional medis dan keperawatan serta sarana prasarana rumah sakit sesuai kelas C | 100% |



Dari 3 sasaran strategis tersebut, Indikator Kinerja yang menjadi dasar pengukuran kinerja adalah:

1. Kapasitas Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit

a. Persentase tingkat hunian Rumah Sakit (BOR)

Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan indikator yang digunakan untuk mengukur tingkat hunian rumah sakit dalam kurun waktu tertentu. Tingkat hunian diukur dari penggunaan tempat tidur yang tersedia.

$$\text{Formulasi : } \frac{\text{Jumlah hari perawatan di Rumah Sakit}}{(\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Jumlah Hari dalam satu periode})} \times 100\%$$

Indikator ini digunakan untuk menggambarkan ketika tingkat huniannya kurang dari 50% maka rumah sakit tersebut kurang diminati oleh masyarakat, sedangkan bila lebih dari 65% dikhawatirkan akan mengurangi kualitas pelayanan yang diberikan.

b. Rata-rata lama pasien dirawat (ALOS)

Average Length of Stay (ALOS) merupakan indikator yang digunakan untuk mengukur rata-rata lama waktu pasien mendapat perawatan.

$$\text{Formulasi : } \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{(\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)})} \times 100\%$$

Sesuai dengan standar perawatan, angka ALOS yang terlalu rendah mengindikasikan kurangnya kepercayaan masyarakat penerima pelayanan, sedangkan terlalu tingginya ALOS mengindikasikan lambatnya penanganan oleh tenaga medis.

c. Rata-rata lama tempat tidur kosong/tidak terisi (TOI)

Turn Over Interval (TOI) adalah indikator yang digunakan untuk mengukur waktu rata-rata tempat tidur kosong atau waktu antara satu tempat tidur ditinggalkan oleh pasien sampai ditempati lagi oleh pasien lain.

$$\text{Formulasi : } \frac{(\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari Perawatan}}{(\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)})} \times 100\%$$

Waktu interval ini dimaksudkan agar diperoleh waktu yang cukup untuk mensterilkan bekas tempat tidur pasien lama sebelum digunakan pasien baru. Sterilisasi tersebut antara lain dilakukan dengan cara mengganti sprei dan



membersihkan ruangan tempat pasien. Standar yang ditetapkan untuk TOI yaitu 1–2 hari.

- d. Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam kurun waktu (BTO) *Bed Turn Over* (BTO) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu.

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah pasien keluar}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

2. Angka kematian pasien dirawat di Rumah Sakit

- a. Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR)

Gross Death Rate (GDR) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000\%$$

Target Capaian GDR Rumah Sakit adalah sebesar $\leq 45 \%$. Akan tetapi tetap perlu mendapatkan perhatian yang serius agar tidak terjadi peningkatan angka kematian dikemudian hari. Adapun faktor-faktor yang harus diperhatikan antara lain, faktor eksternal :

- banyaknya kasus pasien yang datang sudah dalam kondisi kritis
- pasien menolak untuk dirujuk

dan faktor internal :

- sarana dan prasarana di UPTD. Rumah Sakit Umum Daerah Gema Santi yang kurang memadai
- SDM yang masih kurang

- b. Angka kematian ≥ 48 jam tiap 1000 pasien keluar (NDR)

Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian pasien ≥ 48 jam untuk setiap 1000 penderita keluar, yang merupakan salah satu indikator utama kinerja sebuah rumah sakit.

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah pasien mati} \geq 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000\%$$



Meningkatnya nilai NDR merupakan indikasi telah terjadi penurunan kinerja yang berakibat pada menurunnya kualitas atau mutu pelayanan di rumah sakit tersebut.

3. Pendapatan Rumah Sakit

Capaian pada indikator ini menunjukkan persentase jumlah pendapatan Rumah Sakit dalam kurun waktu satu tahun berjalan, yang dibandingkan dengan target pendapatan yang telah dibebankan.

Formulasi :
$$\frac{\text{Jumlah capaian tahun berjalan}}{\text{Hasil capaian tahun berjalan}} \times 100\%$$

4. Kualifikasi tenaga profesional medis dan keperawatan

a. Tenaga medis sesuai dengan standar kompetensi Rumah Sakit pada Rumah Sakit tipe D, yang mana pelayanan masuk kategori fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) .

Formulasi :
$$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang ada}}{\text{Jumlah tenaga medis yang harus ada}} \times 100\%$$

b. Tenaga keperawatan yang memenuhi standar kompetensi sebuah Rumah Sakit dituntut untuk memenuhi standar pelayanan yang mengedepankan mutu. Untuk itu sangat diperlukan tenaga keperawatan yang memenuhi standar kompetensi agar mutu pelayanan Rumah Sakit tetap terjaga dan semakin meningkat demi memberikan pelayanan yang maksimal pada masyarakat.

Formulasi :
$$\frac{\text{Jumlah tenaga paramedis yang ada}}{\text{Jumlah tenaga paramedis yang harus ada}} \times 100\%$$

5. Kelengkapan sarana dan prasarana Rumah Sakit

a. Kelengkapan alat kesehatan yang terstandar

Kelengkapan alat kesehatan sesuai standar diperoleh dari persentase pada aplikasi ASPAK.

b. Kelengkapan sarana gedung/fisik sesuai standar

Kelengkapan sarana gedung/fisik sesuai standar diperoleh dari persentase pada aplikasi ASPAK.

6. Peningkatan kelas rumah sakit dari kelas D Pratama menjadi kelas C

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2020 tentang Kualifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan Peraturan Pemerintah (PP) No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan bahwa untuk menjadi kelas C



tidak memerlukan pemenuhan kualifikasi tenaga medis maupun keperawatan, namun hanya dipengaruhi dari jumlah tempat tidur yaitu 100 tempat tidur.

Selain itu, terdapat juga penetapan Indikator Kinerja Utama (IKU) yang ditetapkan melalui SK Direktur Nomor 2 Tahun 2024 tentang Penetapan Indikator Kinerja Utama Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Gema Santi Nusa Penida Tahun 2024-2026. Adapun Indikator Kinerja Utama (IKU) UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida adalah sebagai berikut.

Tabel 3. Indikator Kinerja Utama (IKU) UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
|----|---|---|---|
| 1 | Gawat Darurat | Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat | ≤ Lima menit terlayani, setelah pasien datang |
| 2 | Rawat Jalan | Waktu tunggu di rawat jalan | ≤ 60 menit |
| 3 | Rawat Inap | Kejadian pulang paksa | ≤ 5% |
| 4 | Bedah Sentral | Waktu tunggu operasi efektif | ≤ 2 hari |
| 5 | Persalinan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar di rumah sakit ibu dan anak) dan KB | Kejadian kematian ibu karena persalinan | a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-eklamsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2% |
| 6 | Intensif | Rata-rata pasien yang Kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 3% |
| 7 | Radiologi | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | ≤ 3 jam |
| 8 | Laboratorium | Waktu tunggu hasil laboratorium | ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin |
| 9 | Farmasi | Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi | ≤ 30 menit |
| | | b. Racikan | ≤ 60 menit |
| 10 | Gizi | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | ≥ 90% |
| | | 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≤ 20% |
| 11 | Rekam Medik | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | ≤ 10 menit |
| 12 | Pengelolaan Limbah | Baku mutu limbah cair | a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. pH 6 – 9 |
| 13 | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≥ 80% |
| 14 | Pelayanan Laundry | Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100% |



Setiap Indikator Kinerja tentunya memiliki tata cara perhitungannya sehingga tidak mengalami kesulitan dalam menghitung capaian kinerjanya. Adapun tata cara perhitungan terhadap Indikator Kinerja Utama (IKU) tersebut adalah sebagai berikut.

I. Pelayanan Gawat Darurat

a) Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter

$$\text{Formulasi : } \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter (menit)}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal } n = 50)}$$

II. Pelayanan Rawat Jalan

a) Waktu tunggu di Rawat Jalan

Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis

$$\text{Formulasi : } \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei}}$$

III. Pelayanan Rawat Inap

a) Kejadian pulang paksa

Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter

$$\text{Formulasi : } \frac{\text{Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan}}$$

IV. Pelayanan Bedah Sentral

a) Waktu tunggu operasi elektif

Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan

$$\text{Formulasi : } \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan}}$$

V. Persalinan dan Perinatologi (Kecuali Rumah Sakit Khusus di Luar Rumah Sakit Ibu dan Anak)

a) Kejadian kematian ibu karena persalinan

Merupakan kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis.

Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.



Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre- eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :

- Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg
- Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif
- Oedem tungkai

Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.

Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis}}{\text{Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.}}$$

VI. Pelayanan Intensif

- a) Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan}}$$

VII. Radiologi

- a) Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut}}$$

VIII. Laboratorium Patologi Klinik

- a) Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.



Formula :
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.}}$$

IX. Farmasi

a) Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}}$$

b) Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}}$$

X. Gizi

a) Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei}}$$

b) Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan}}$$

XI. Rekam Medik

a) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.



Formula :
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati}}{\text{Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan}}$$

XII. Pengolahan Limbah

a) Baku mutu limbah cair

Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator :

- BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter
- COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter
- PH : 6-9

Formula :
$$\frac{\text{Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair}}$$

XIII. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

a) Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan}}$$

XIV. Pelayanan Laundry

a) Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Formula :
$$\frac{\text{Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun}}{\text{Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut}}$$



BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Tanggung Jawab Pengumpulan Data Kinerja

Pengumpulan data kinerja diperoleh dengan menggunakan formulir Capaian Indikator Kinerja Utama. Kualitas Indikator Kinerja Utama harus memenuhi persyaratan-persyaratan sebagai berikut:

- a. IKU dapat diukur secara objektif
- b. IKU menggambarkan hasil
- c. IKU relevan dengan kondisi yang akan diukur
- d. IKU cukup untuk mengukur kinerja

Penyusunan data kinerja yang handal merupakan tanggungjawab UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida.

B. Pengukuran Capaian Kinerja

Pengukuran Capaian Kinerja adalah proses sistematis dan berkesinambungan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan program, kebijakan, sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam mewujudkan visi, misi dan strategi instansi pemerintah.

Pelaporan disusun dengan melakukan pendekatan terhadap indikator kinerja baik secara kualitatif maupun secara kuantitatif yang diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai tingkat pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Untuk melaksanakan penilaian capaian kinerja telah ditetapkan penilaian skala ordinal sebagai parameter keberhasilan atau kegagalan dari pelaksanaan kebijakan teknis, program dan kegiatan sebagai berikut:

| | | |
|----------------|---|-----------------|
| 85% ke atas | : | Sangat Berhasil |
| 70% $x < 85\%$ | : | Berhasil |
| 55% $x < 70\%$ | : | Cukup Berhasil |
| $x < 55\%$ | : | Kurang Berhasil |



C. Capaian Kinerja Organisasi

1. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025

Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET | REALISASI | CAPAIAN | PARAMETER PENILAIAN | |
|--|--|---|---|---|----------|---------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | Meningkatnya kapasitas dan kualitas pelayanan kesehatan serta pengembangan jenis layanan kepada masyarakat | 1 Kapasitas Pelayanan Kesehatan Perorangan di RS | | | | | |
| | | A | Persentasi tingkat hunian RS (BOR) | 60-80% | 45,59% | 75,98% | Berhasil |
| | | B | Rata-rata lama pasien dirawat (ALOS) | 4-6 hari | 3 hari | 75% | Berhasil |
| | | C | Rata-rata lama tempat tidur kosong/tidak terisi (TOI) | 1-3 hari | 4 hari | 66,6% | Cukup Berhasil |
| | | D | Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam kurun waktu (BTO) | 40-50 kali | 25 kali | 62,5% | Cukup Berhasil |
| | | 2 Angka kematian pasien dirawat di RS | | | | | |
| | | A | Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR) | ≤ 45 % | 28 % | 137,7% | Sangat Berhasil |
| | | B | Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR) ≥ 48 jam tiap 1000 pasien keluar (NDR) | ≤ 25 % | 8 % | 168 % | Sangat Berhasil |
| | | 3 Pendapatan RS | | | | | |
| | | A | Capaian pendapatan tahun berjalan | 100% | 44,14% | 44,14% | Kurang Berhasil |
| | | 2 | Meningkatnya standar ketenagaan, sarana, prasarana, dan peralatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit | 1 Kualifikasi tenaga profesional medis dan keperawatan | | | |
| A | Tenaga medis sesuai dengan standar kompetensi | | | 100% | 59,58% | 59,58% | Cukup Berhasil |
| B | Tenaga keperawatan yang memenuhi standar kompetensi | | | 100% | 81,52% | 81,52% | Berhasil |
| 2 Kelengkapan sarana, prasarana, dan alat kesehatan rumah sakit | | | | | | | |
| A | Kelengkapan alat kesehatan yang terstandar | | | 100% | 70,18% | 70,18% | Berhasil |
| B | Kelengkapan sarana gedung/fisik dan prasarana sesuai standar | 100% | 73,65% | 73,65% | Berhasil | | |
| 3 | Peningkatan kelas rumah sakit dari kelas D Pratama menjadi kelas C | A | Kualifikasi tenaga professional medis dan keperawatan serta sarana prasarana rumah sakit sesuai kelas C | 100% | 71,23% | 71,23% | Berhasil |



2. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025 dengan Standar Nasional

Tabel 5. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Semester II Tahun 2025 dengan Standar Nasional

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET NASIONAL | REALISASI | CAPAIAN | PARAMETER PENILAIAN | |
|---|--|---|---|---|----------|---------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | Meningkatnya kapasitas dan kualitas pelayanan kesehatan serta pengembangan jenis layanan kepada masyarakat | 1 Kapasitas Pelayanan Kesehatan Perorangan di RS | | | | | |
| | | A | Persentasi tingkat hunian RS (BOR) | 60-85% | 45,59% | 75,98% | Berhasil |
| | | B | Rata-rata lama pasien dirawat (ALOS) | 6-9 hari | 3 hari | 50% | Kurang Berhasil |
| | | C | Rata-rata lama tempat tidur kosong/tidak terisi (TOI) | 1-3 hari | 4 hari | 66,6% | Cukup Berhasil |
| | | D | Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam kurun waktu (BTO) | 40-50 kali | 25 kali | 62,5% | Cukup Berhasil |
| | | 2 Angka kematian pasien dirawat di RS | | | | | |
| | | A | Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR) | ≤ 45 ‰ | 28 ‰ | 137,7% | Sangat Berhasil |
| | | B | Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR) ≥ 48 jam tiap 1000 pasien keluar (NDR) | ≤ 25 ‰ | 8 ‰ | 168 % | Sangat Berhasil |
| | | 3 Pendapatan RS | | | | | |
| | | A | Capaian pendapatan tahun berjalan | 100% | 44,14% | 44,14% | Kurang Berhasil |
| | | 2 | Meningkatnya standar ketenagaan, sarana, prasarana, dan peralatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit | 1 Kualifikasi tenaga profesional medis dan keperawatan | | | |
| A | Tenaga medis sesuai dengan standar kompetensi | | | 100% | 59,58% | 59,58% | Cukup Berhasil |
| B | Tenaga keperawatan yang memenuhi standar kompetensi | | | 100% | 81,52% | 81,52% | Berhasil |
| 2 Kelengkapan sarana dan prasarana Rumah Sakit | | | | | | | |
| A | Kelengkapan alat kesehatan yang terstandar | | | 100% | 70,18% | 70,18% | Berhasil |
| B | Kelengkapan sarana gedung/fisik dan prasarana sesuai standar | 100% | 73,65% | 73,65% | Berhasil | | |
| 3 | Peningkatan kelas rumah sakit dari kelas D Pratama menjadi kelas C | A | Kualifikasi tenaga professional medis dan keperawatan serta sarana prasarana rumah sakit sesuai kelas C | 100% | 71,23% | 71,23% | Berhasil |



3. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dengan Standar Nasional

Tabel 6. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dengan Standar Nasional

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET NASIONAL | REALISASI | CAPAIAN | PARAMETER PENILAIAN | |
|---|--|---|---|---|----------|---------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | Meningkatnya kapasitas dan kualitas pelayanan kesehatan serta pengembangan jenis layanan kepada masyarakat | 1 Kapasitas Pelayanan Kesehatan Perorangan di RS | | | | | |
| | | A | Persentasi tingkat hunian RS (BOR) | 60-85% | 47,7% | 79,5% | Berhasil |
| | | B | Rata-rata lama pasien dirawat (ALOS) | 6-9 hari | 3 hari | 50% | Kurang Berhasil |
| | | C | Rata-rata lama tempat tidur kosong/tidak terisi (TOI) | 1-3 hari | 4 hari | 66,6% | Cukup Berhasil |
| | | D | Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam kurun waktu (BTO) | 40-50 kali | 50 kali | 100% | Sangat Berhasil |
| | | 2 Angka kematian pasien dirawat di RS | | | | | |
| | | A | Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR) | ≤ 45 ‰ | 23,86 ‰ | 146,9% | Sangat Berhasil |
| | | B | Angka kematian umum tiap 1000 pasien keluar (GDR) ≥ 48 jam tiap 1000 pasien keluar (NDR) | ≤ 25 ‰ | 7,16 ‰ | 171,4% | Sangat Berhasil |
| | | 3 Pendapatan RS | | | | | |
| | | A | Capaian pendapatan tahun berjalan | 100% | 91,46% | 91,46% | Sangat Berhasil |
| | | 2 | Meningkatnya standar ketenagaan, sarana, prasarana, dan peralatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit | 1 Kualifikasi tenaga profesional medis dan keperawatan | | | |
| A | Tenaga medis sesuai dengan standar kompetensi | | | 100% | 59,58% | 59,58% | Cukup Berhasil |
| B | Tenaga keperawatan yang memenuhi standar kompetensi | | | 100% | 81,52% | 81,52% | Berhasil |
| 2 Kelengkapan sarana dan prasarana Rumah Sakit | | | | | | | |
| A | Kelengkapan alat kesehatan yang terstandar | | | 100% | 70,18% | 70,18% | Berhasil |
| B | Kelengkapan sarana gedung/fisik dan prasarana sesuai standar | 100% | 73,65% | 73,65% | Berhasil | | |
| 3 | Peningkatan kelas rumah sakit dari kelas D Pratama menjadi kelas C | A | Kualifikasi tenaga profesional medis dan keperawatan serta sarana prasarana rumah sakit sesuai kelas C | 100% | 71,23% | 71,23% | Berhasil |



4. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Sesuai Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit

Tabel 7. Target dan Realisasi Kinerja sesuai Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit Semester II Tahun 2025

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR KINERJA | TARGET NASIONAL | REALISASI SEMESTER II 2025 | CAPAIAN (%) | PARAMETER PENILAIAN |
|-----|---|---|---|---|--|--|
| 1. | Gawat Darurat | Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat | ≤ Lima menit terlayani, setelah pasien datang | 2,68 menit | 146,4% | Sangat Berhasil |
| 2. | Rawat Jalan | Waktu tunggu di rawat jalan | ≤ 60 menit | 16,11 menit | 173,1% | Sangat Berhasil |
| 3. | Rawat Inap | Kejadian pulang paksa | ≤ 5% | 1% | 180% | Sangat Berhasil |
| 4. | Bedah Sentral | Waktu tunggu operasi efektif | ≤ 2 hari | 2 hari | 100% | Sangat Berhasil |
| 5. | Persalinan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar di rumah sakit ibu dan anak) dan KB | Kejadian kematian ibu karena persalinan | a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-eklamsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2% | a. 0% b. 0% c. 0% | a. 200% b. 200% c. 200% | a. Sangat Berhasil b. Sangat Berhasil c. Sangat Berhasil |
| 6. | Intensif | Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 3% | 0% | 200% | Sangat Berhasil |
| 7. | Radiologi | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | ≤ 3 jam | 11,89 menit | 193,4% | Sangat Berhasil |
| 8. | Laboratorium | Waktu tunggu hasil laboratorium | ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin | 98,14 menit | 129,9% | Sangat Berhasil |
| 9. | Farmasi | Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan | a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit | a. 15 menit b. 42 menit | a. 150% b. 130% | a. Sangat berhasil b. Sangat berhasil |
| 10. | Gizi | A. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien B. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≥ 90% ≤ 20% | 100% 14,99% | 111% 125,05% | Sangat Berhasil Sangat Berhasil |
| 11. | Rekam Medik | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | ≤ 10 menit | 2,9 menit | 171% | Sangat Berhasil |
| 12. | Pengelolaan Limbah | Baku mutu limbah cair | a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. pH 6 – 9 | a. BOD 13,09 mg/l b. COD 42 mg/l c. TSS 9 mg/l d. 7,25 | a. 156,4% b. 147,5% c. 170% d. 120,8% | a. Sangat Berhasil b. Sangat Berhasil c. Sangat Berhasil d. Sangat Berhasil |
| 13. | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≥ 80% | 95% | 118,75% | Sangat Berhasil |
| 14. | Pelayanan Laundry | Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100% | 100% | 100% | Sangat Berhasil |



5. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Sesuai Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit

Tabel 8. Target dan Realisasi Kinerja sesuai Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit Tahun 2025

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR KINERJA | TARGET NASIONAL | REALISASI SEMESTER I 2025 | CAPAIAN (%) | PARAMETER PENILAIAN | REALISASI SEMESTER II 2025 | CAPAIAN (%) | PARAMETER PENILAIAN | REALISASI TAHUN 2025 | CAPAIAN (%) | PARAMETER PENILAIAN |
|-----|---|---|---|---|-----------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|
| 1. | Gawat Darurat | Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat | ≤ Lima menit terlayani, setelah pasien datang | 3,08 menit | 138,4% | Sangat Berhasil | 2,68 menit | 146,4% | Sangat Berhasil | 2,88 menit | 142,4% | Sangat Berhasil |
| 2. | Rawat Jalan | Waktu tunggu di rawat jalan | ≤ 60 menit | 16,16 menit | 173,0% | Sangat Berhasil | 16,11 menit | 173,1% | Sangat Berhasil | 16,13 menit | 172,8% | Sangat Berhasil |
| 3. | Rawat Inap | Kejadian pulang paksa | ≤ 5% | 0% | 200% | Sangat Berhasil | 1% | 180% | Sangat Berhasil | 0,5% | 190% | Sangat Berhasil |
| 4. | Bedah Sentral | Waktu tunggu operasi efektif | ≤ 2 hari | 2 hari | 100% | Sangat Berhasil | 2 hari | 100% | Sangat Berhasil | 2 hari | 100% | Sangat Berhasil |
| 5. | Persalinan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar di rumah sakit ibu dan anak) dan KB | Kejadian kematian ibu karena persalinan | a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-eklamsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2% | a. 0% b. 0% c. 0% | a. 200% b. 200% c. 200% | a. Sangat Berhasil b. Sangat Berhasil c. Sangat Berhasil | d. 0% e. 0% f. 0% | d. 200% e. 200% f. 200% | d. Sangat Berhasil e. Sangat Berhasil f. Sangat Berhasil | a. 0% b. 0% c. 0% | a. 200% b. 200% c. 200% | a. Sangat Berhasil b. Sangat Berhasil c. Sangat Berhasil |
| 6. | Intensif | Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 3% | 0% | 200% | Sangat Berhasil | 0% | 200% | Sangat Berhasil | 0% | 200% | Sangat Berhasil |
| 7. | Radiologi | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | ≤ 3 jam | 11,39 menit | 193,6% | Sangat Berhasil | 11,89 menit | 193,4% | Sangat Berhasil | 11,64 menit | 193,5% | Sangat Berhasil |
| 8. | Laboratorium | Waktu tunggu hasil laboratorium | ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin | 92,48 menit | 133,9% | Sangat Berhasil | 98,14 menit | 129,9% | Sangat Berhasil | 95,31 menit | 131,9% | Sangat Berhasil |
| 9. | Farmasi | Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan | a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit | a. 15 menit b. 46 menit | a. 150% b. 123,3% | a. Sangat Berhasil b. Sangat Berhasil | c. 15 menit d. 42 menit | c. 150% d. 130% | c. Sangat berhasil d. Sangat berhasil | a. 15 menit b. 44 menit | a. 150% b. 126,6% | a. Sangat berhasil b. Sangat berhasil |
| 10. | Gizi | A. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien B. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≥ 90% ≤ 20% | 100% 16,01% | 111% 119,9% | Sangat Berhasil Sangat Berhasil | 100% 14,99% | 111% 125,05% | Sangat Berhasil Sangat Berhasil | 100% 15,5% | 111% 122,5 | Sangat Berhasil Sangat Berhasil |
| 11. | Rekam Medik | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | ≤ 10 menit | 3,5 menit | 165% | Sangat Berhasil | 2,9 menit | 171% | Sangat Berhasil | 3,2 menit | 168% | Sangat Berhasil |
| 12. | Pengelolaan Limbah | Baku mutu limbah cair | a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l | a. BOD 6,4 mg/l b. COD 16 mg/l c. TSS 5 | a. 178,6% b. 180% c. 183,3% | a. Sangat Berhasil b. Sangat Berhasil c. Sangat | e. BOD 13,09 mg/l f. COD 42 mg/l g. TSS 9 mg/l | e. 156,4% f. 147,5% g. 170% | e. Sangat Berhasil f. Sangat Berhasil g. Sangat | a. BOD 9,74 mg/l b. COD 29 mg/l c. TSS 7 mg/l | a. 167,5% b. 163,7% c. 176,6% | a. Sangat Berhasil b. Sangat Berhasil c. Sangat |



| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR KINERJA | TARGET NASIONAL | REALISASI SEMESTER I 2025 | CAPAIAN (%) | PARAMETER PENILAIAN | REALISASI SEMESTER II 2025 | CAPAIAN (%) | PARAMETER PENILAIAN | REALISASI TAHUN 2025 | CAPAIAN (%) | PARAMETER PENILAIAN |
|-----|---|---|-----------------|---------------------------|-------------|--------------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------------|----------------------|-------------|--------------------------------|
| | | | d. pH 6 – 9 | mg/l d. pH 7,27 | d. 121,1% | Berhasil d. Sangat Berhasil | h. 7,25 | h. 120,8% | Berhasil h. Sangat Berhasil | d. 7,26 | d. 121% | Berhasil d. Sangat Berhasil |
| 13. | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≥ 80% | 95% | 118,75% | Sangat Berhasil | 95% | 118,75% | Sangat Berhasil | 95% | 118,75% | Sangat Berhasil |
| 14. | Pelayanan Laundry | Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100% | 100% | 100% | Sangat Berhasil | 100% | 100% | Sangat Berhasil | 100% | 100% | Sangat Berhasil |

D. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja dan Rencana Tindak Lanjut yang Dapat Dilakukan

Tabel 9. Analisis Penyebab Kegagalan Capaian Kinerja Periode Juli-Desember 2025

| NO. | MASALAH | PENYEBAB MASALAH | RENCANA TINDAK LANJUT |
|-----|---|--|--|
| 1. | Nilai BOR tercapai 45,59% dari standar nasional 60-85% | <ul style="list-style-type: none"> - Cakupan pelayanan perlu dikembangkan terutama untuk pelayanan orthopedi dan jantung - Sarana penunjang CT-Scan belum ada | <ul style="list-style-type: none"> - Melengkapi sarana gedung pelayanan dan alat kesehatan untuk menunjang pelayanan - Mengembangkan pelayanan orthopedi dan jantung dengan menyediakan dokter spesialis yang sesuai dengan kebutuhan |
| 2. | Nilai ALOS tercapai 3 hari dari standar nasional 6-9 hari | <ul style="list-style-type: none"> - Pasien yang dirawat masih didominasi oleh pasien melahirkan dan pasien post operasi tumor sehingga memerlukan hari perawatan yang pendek. Sedangkan masih sedikit pasien yang perlu hari rawat lama seperti perawatan intensif | <ul style="list-style-type: none"> - Mengoptimalkan seluruh pelayanan rawat intensif |
| 3. | Nilai TOI tercapai 4 hari dari standar nasional 1-3 hari | <ul style="list-style-type: none"> - Pencapaian BOR yang masih rendah | <ul style="list-style-type: none"> - Melengkapi sarana gedung pelayanan dan alat kesehatan untuk menunjang pelayanan - Mengembangkan pelayanan orthopedi dan kardiologi dengan menyediakan dokter spesialis yang sesuai dengan kebutuhan |
| 4. | Nilai BTO tercapai 25 kali dari standar nasional 40-50 kali | <ul style="list-style-type: none"> - Pencapaian BOR yang masih rendah | <ul style="list-style-type: none"> - Melengkapi sarana gedung pelayanan dan alat kesehatan untuk menunjang pelayanan - Mengembangkan pelayanan orthopedi dan kardiologi dengan menyediakan dokter spesialis yang sesuai dengan kebutuhan |
| 5. | Pendapatan RS tercapai 41,31% dari target 100% | <ul style="list-style-type: none"> - Pendapatan ini masih dalam rentang semester II sehingga belum dapat menilai keseluruhan pendapatan dalam 1 tahun | <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan pelayanan RS sehingga kepercayaan masyarakat semakin meningkat |
| 6. | Kualifikasi tenaga profesional medis masih rendah (59,58%) | <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah tenaga medis yang belum cukup untuk kebutuhan RS - Saat ini tenaga medis masih didominasi oleh tenaga PGDS dan residen yang | <ul style="list-style-type: none"> - Mengupayakan rekrutmen tenaga medis dari PNS maupun PPPK Tenaga Kesehatan sehingga dapat menjadi pegawai |



| NO. | MASALAH | PENYEBAB MASALAH | RENCANA TINDAK LANJUT |
|-----|--|--|--|
| | | penempatannya terbatas waktu - Banyak pelatihan yang tidak bisa dilaksanakan karena keterbatasan dana | tetap - Merencanakan pelatihan-pelatihan yang perlu dilakukan untuk memenuhi kualifikasi tenaga medis |
| 7. | Kualifikasi tenaga profesional keperawatan masih rendah (81,52%) | - Jumlah tenaga paramedis yang belum cukup untuk kebutuhan pelayanan RS - Banyak pelatihan yang tidak bisa dilaksanakan karena keterbatasan dana | - Mengupayakan rekrutmen PNS maupun PPPK Tenaga Kesehatan - Merencanakan pelatihan-pelatihan yang perlu dilakukan untuk memenuhi kualifikasi tenaga medis |
| 8. | Kelengkapan alat kesehatan yang terstandar tercapai 70,18% dari standar 100% | - Aplikasi ASPAK menjadi lebih rinci terkait standar alat kesehatan yang harus dimiliki setiap ruangan dan sering kali alat kesehatan yang dibeli tidak masuk dalam standar alat kesehatan yang harus dimiliki - Banyak tambahan alat kesehatan baru yang menjadi standar di setiap ruang pelayanan - Banyak alat kesehatan yang rusak sehingga mengurangi ketersediaan alat kesehatan | - Mengupayakan pemenuhan kebutuhan alat kesehatan berdasarkan standar pada ASPAK |
| 9. | Kelengkapan sarana gedung/fisik dan prasarana tercapai 73,65% dari standar 100% | - Adanya tambahan ruang pelayanan baru sehingga mengurangi persentase sarana gedung | - Mengadvokasi Pemerintah Daerah dan Kementerian Kesehatan melalui Dana DAK maupun BKK Provinsi/BKK Kab/Kota untuk pemenuhan standar sarana sesuai ASPAK. |
| 10. | Kualifikasi tenaga profesional medis dan keperawatan serta sarana prasarana rumah sakit sesuai kelas C belum memenuhi standar (71,23%) | - Kelengkapan alat kesehatan belum sesuai standar ASPAK - Kelengkapan sarana dan prasarana pendukung belum sesuai standar ASPAK - Jumlah tenaga kesehatan di rumah sakit belum memenuhi standar rencana kebutuhan sesuai aplikasi Kementerian Kesehatan | - Merencanakan pengembangan ruang rawat inap dan menambah jumlah tempat tidur agar bisa menjadi kelas C - Memenuhi standar sarana, prasarana, dan alat kesehatan sesuai kebutuhan pelayanan |

E. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- a. Sumber Daya Manusia di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida meskipun jumlahnya terbatas dibandingkan dengan beban kerja telah digunakan secara optimal. Masing-masing personil baik medis, paramedis dan manajemen telah bekerja maksimal sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Apabila ada salah satu atau beberapa personil tidak hadir, maka personil yang lain bisa membantu melaksanakan tugasnya karena masing-masing pekerjaan ada Standar Prosedur Operasional (SPO), sehingga tidak mengganggu kelancaran tugas dan tetap menunjang pelayanan dan kinerja di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida.
- b. Anggaran yang ada di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida telah digunakan secara efisien. Dari total anggaran yang ada, sebanyak 41,31% telah terserap pada periode Juli - Desember 2025.

F. Analisis Program/Kegiatan yang menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja Periode Juli-Desember 2025

1) Program Penunjang Urusan pemerintah Daerah Kabupaten/Kota

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota dengan anggaran sebesar Rp 17.286.209.144 dan terealisasi Rp 8.341.140.677,65 capaian sebesar 48,25%. Indikator kinerja program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota adalah Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah dengan target sebesar 81 poin dan terealisasi 97 poin atau dengan capaian sebesar 119,75%. Adapun kegiatan yang mendukung Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut

- a. Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD dengan anggaran sebesar Rp17.286.209.144 dan terealisasi sebesar Rp 8.341.140.677,65 (48,25%). Indikator Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD adalah indeks kepuasan masyarakat dengan target kinerja 77 indeks dan terealisasi sebesar 92,05 indeks (119,55%). Adapun Sub Kegiatan yang mendukung Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD adalah sebagai berikut:
 - Sub Kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD dengan anggaran sebesar Rp 17.286.209.144 dan terealisasi sebesar Rp8.341.140.677,65 (48,25%). Indikator Sub Kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD adalah Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan dengan target kinerja 1 unit kerja dan terealisasi sebesar 1 unit kerja atau capaian 100%.

2) Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dengan anggaran sebesar Rp 5.837.637.217 terealisasi Rp3.625.226.045 (62,10%). Indikator Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat adalah Angka Kematian Ibu (per seratus ribu kelahiran hidup) dengan target kinerja sebesar 94 per 100.000 kelahiran hidup terealisasi 47,06 per 100.000 kelahiran hidup dengan capaian 149,94%. Adapun kegiatan yang mendukung Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat adalah sebagai berikut :

- a. Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota dengan anggaran sebesar Rp2.445.800.000 terealisasi sebesar Rp 2.216.282.423 (90,62%). Indikator kinerja Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota adalah persentase fasilitas kesehatan yang terakreditasi utama dengan target kinerja sebesar 80% terealisasi 100% (capaian 125%). Kegiatan tersebut didukung oleh sub kegiatan sebagaimana berikut:
 - Pengembangan Rumah Sakit dengan anggaran sebesar Rp 2.445.800.000 terealisasi Rp2.216.282.423 (90,62%). Indikator kinerja Pengembangan Rumah Sakit adalah Jumlah rumah sakit yang ditingkatkan sarana, prasarana, alat kesehatan, dan SDM agar sesuai standar jenis pelayanan rumah sakit berdasarkan kelas rumah sakit yang memenuhi rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk minimal 1:1000 dan/atau dalam rangka peningkatan kapasitas pelayanan rumah sakit (Unit) dengan target kinerja 1 unit terealisasi 1 unit atau 100%.
- b. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota dengan anggaran sebesar Rp 3.391.837.217 terealisasi sebesar Rp 1.408.943.622 (41,60%). Indikator kinerja Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota adalah capaian indeks keluarga sehat (indeks) dengan target kinerja sebesar 0,75 indeks terealisasi 0,57 indeks. Kegiatan tersebut didukung oleh sub kegiatan sebagaimana berikut:



- Operasional Pelayanan Rumah Sakit dengan anggaran sebesar Rp3.391.837.217 terealisasi sebesar 1.408.943.622 (41,60%). Indikator Operasional Pelayanan Rumah Sakit adalah jumlah dokumen operasional pelayanan rumah sakit dengan target kinerja 36 dokumen terealisasi 3 dokumen. Hal ini terjadi karena kesalahan dalam penentuan target kinerja sehingga target tidak tercapai.

G. Analisis Program/Kegiatan yang menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja Periode Januari-Desember 2025

1) Program Penunjang Urusan pemerintah Daerah Kabupaten/Kota

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota dengan anggaran sebesar Rp 17.286.209.144 dan terealisasi Rp 15.006.157.300,65 capaian sebesar 86,81%. Indikator kinerja program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota adalah Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah dengan target sebesar 81 poin dan terealisasi 97 poin atau dengan capaian sebesar 119,75%. Adapun kegiatan yang mendukung Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut

a. Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD dengan anggaran sebesar Rp17.286.209.144 dan terealisasi sebesar Rp 15.006.157.300,65 (86,81%). Indikator Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD adalah indeks kepuasan masyarakat dengan target kinerja 77 indeks dan terealisasi sebesar 92,05 indeks (119,55%). Adapun Sub Kegiatan yang mendukung Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD adalah sebagai berikut:

- Sub Kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD dengan anggaran sebesar Rp 17.286.209.144 dan terealisasi sebesar Rp15.006.157.300,65 (86,81%). Indikator Sub Kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD adalah Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan dengan target kinerja 1 unit kerja dan terealisasi sebesar 1 unit kerja atau capaian 100%.

2) Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dengan anggaran sebesar Rp 5.837.637.217 terealisasi Rp4.977.045.473 (85,26%). Indikator Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat adalah Angka Kematian Ibu (per seratus ribu kelahiran hidup) dengan target kinerja sebesar 94 per 100.000 kelahiran hidup terealisasi 47,06 per 100.000 kelahiran hidup dengan capaian 149,94%. Adapun kegiatan yang mendukung Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat adalah sebagai berikut :

- a. Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota dengan anggaran sebesar Rp2.445.800.000 terealisasi sebesar Rp 2.216.282.423 (90,62%). Indikator kinerja Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota adalah persentase fasilitas kesehatan yang terakreditasi utama dengan target kinerja sebesar 80% terealisasi 100% (capaian 125%). Kegiatan tersebut didukung oleh sub kegiatan sebagaimana berikut:
 - Pengembangan Rumah Sakit dengan anggaran sebesar Rp 2.445.800.000 terealisasi Rp2.216.282.423 (90,62%). Indikator kinerja Pengembangan Rumah Sakit adalah Jumlah rumah sakit yang ditingkatkan sarana, prasarana, alat kesehatan, dan SDM agar sesuai standar jenis pelayanan rumah sakit berdasarkan kelas rumah sakit yang memenuhi rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk minimal 1:1000 dan/atau dalam rangka peningkatan kapasitas pelayanan rumah sakit (Unit) dengan target kinerja 1 unit terealisasi 1 unit atau 100%.
- b. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota dengan anggaran sebesar Rp 3.391.837.217 terealisasi sebesar Rp 2.760.763.050 (81,39%). Indikator kinerja Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota adalah capaian indeks keluarga sehat (indeks) dengan target kinerja sebesar 0,75 indeks terealisasi 0,57 indeks. Kegiatan tersebut didukung oleh sub kegiatan sebagaimana berikut:



Operasional Pelayanan Rumah Sakit dengan anggaran sebesar Rp 3.391.837.217 terealisasi sebesar Rp 2.760.763.050 (81,39%). Indikator Operasional Pelayanan Rumah Sakit adalah jumlah dokumen operasional pelayanan rumah sakit dengan target kinerja 36 dokumen terealisasi 3 dokumen capaian 8,33%. Hal ini terjadi karena kesalahan perencanaan target kinerja sehingga target tidak tercapai.

Seluruh program, kegiatan, dan sub kegiatan di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida merupakan faktor penunjang keberhasilan kinerja sekaligus memperkecil kemungkinan terjadinya kegagalan. UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida sebagai instansi pelayanan publik kepada masyarakat berkomitmen melaksanakan semua program, kegiatan, dan sub kegiatan serta diharapkan mencapai tingkat kepuasan masyarakat yang maksimal. Oleh karena itu semua program, kegiatan, dan sub kegiatan di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida bertujuan untuk menunjang keberhasilan pencapaian kinerja.

H. Realisasi Anggaran

Analisis akuntabilitas keuangan semester II tahun 2025 merupakan tingkat pencapaian target dari masing-masing indikator yang telah ditetapkan dalam dokumen kerja. Realisasi pendapatan secara *cash basis* periode Juli sampai Desember tahun 2025 tercapai Rp 7.142.351.655,10 dari target pendapatan sebesar Rp15.323.204.646,- atau sebesar 46,61% yang terdiri dari pendapatan umum, jampersal, pendapatan JKN, dan jasa giro. Sedangkan, realisasi pendapatan periode Januari-Desember 2025 yaitu sebesar Rp 14.016.066.901,69 atau sebesar 91,46%.

Realisasi belanja semester II (periode Juli-Desember) tahun 2025 dari anggaran APBD sebesar Rp 5.837.637.217 terealisasi Rp 3.625.226.045 (62,10%). Sedangkan realisasi belanja dari anggaran BLUD sebesar Rp 17.286.209.144 dan terealisasi Rp 8.341.140.677,65 capaian sebesar 48,25%.

Realisasi belanja periode Januari-Desember tahun 2025 dari anggaran APBD sebesar Rp 5.837.637.217 terealisasi Rp 4.977.045.473 (85,26%), sedangkan realisasi belanja dari anggaran BLUD sebesar Rp 17.286.209.144 dan terealisasi Rp 15.006.157.300,65 capaian sebesar 86,81%.



Anggaran belanja dan realisasi menurut jenis belanja dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 10. Anggaran Belanja dan Realisasi menurut Jenis Belanja Tahun 2025

| No | Sub Kegiatan | Anggaran (Rp) | Realisasi Semester I (Rp) | Realisasi Semester II (Rp) | Realisasi Tahun 2025 | Persentase (%) |
|------------------|--|--------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------|
| 1 | Pengembangan RS (Pembangunan Gedung Rawat Inap VIP dan Kelas I) (BKK Badung) | 2.445.800.000,00 | 0,00 | 2.216.282.423,00 | 2.216.282.423,00 | 90,62 |
| 2 | Operasional Pelayanan Rumah Sakit (APBD) | 3.391.837.217,00 | 1.351.819.428,00 | 1.408.943.622,00 | 2.760.763.050,00 | 81,39 |
| Sub Total | | 5.837.637.217,00 | 1.351.819.428,00 | 3.625.226.045,00 | 4.977.045.473,00 | 85,26 |
| 4 | Belanja Pegawai (Jasa Pelayanan Kesehatan ASN) (BLUD) | 4.552.304.331,00 | 1.341.461.675,00 | 1.966.369.355,00 | 3.307.831.030,00 | 72,66 |
| 5 | Belanja Barang dan Jasa BLUD | 12.386.704.813,00 | 5.172.786.306,65 | 6.233.124.848,00 | 11.405.911.154,65 | 92,08 |
| 6 | Belanja Modal BLUD | 347.200.000,00 | 150.768.642,00 | 142.019.540,00 | 292.788.182,00 | 84,33 |
| Sub Total | | 17.286.209.144,00 | 6.665.016.623,65 | 8.341.513.743,00 | 15.006.530.366,65 | 86,81 |
| TOTAL | | 23.123.846.361,00 | 8.016.836.051,65 | 11.966.739.788,00 | 19.983.575.839,65 | 86,42 |



I. **Permasalahan dan Rencana Tindak Lanjut**

Adapun permasalahan yang dihadapi dalam pelayanan selama periode Januari-Desember 2025 adalah sebagai berikut.

1. Terjadi penurunan jumlah pasien pada periode Januari – Desember 2025 dibandingkan dengan tahun 2024 salah satunya yaitu pada pelayanan kandungan dan kebidanan. Hal ini karena:
 - Kekurangan tenaga dokter spesialis obgyn yang hanya 1 (satu) orang
2. Keterbatasan anggaran untuk memenuhi kebutuhan pelayanan.

Adapun rencana tindak lanjut dari permasalahan di atas adalah sebagai berikut.

1. Merekrut tenaga dokter spesialis obgyn sehingga pelayanan kandungan dan kebidanan menjadi lebih maksimal.
2. Mengajukan penambahan anggaran untuk memenuhi kebutuhan pelayanan.

BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja (LKj) Semester II Tahun 2025 pada UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan SDM dan pelaksanaan kebijaksanaan yang dipercayakan kepada Pemerintah Kabupaten Klungkung, dan juga merupakan sebagai alat kendali, alat penilai kualitas kinerja dan alat pendukung terwujudnya *good governance*. Dalam perseptif, LKj ini berfungsi juga sebagai media pertanggungjawaban kepada publik tentang keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan Misi dari UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Adapun sesuai mekanisme Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) maka Laporan Kinerja (LKj) ini merupakan ruang pembuktian Perjanjian Kinerja yang ditetapkan dalam tolak ukur Indikator Kinerja Utama (IKU) oleh setiap instansi pemerintah khususnya di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida. Pelaporan kinerja dilaksanakan mengacu kepada Renstra dan Renja yang dibuat dalam konteks hal perencanaan.

Demikian LKj UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida Semester II Tahun 2025 ini kami laporkan. Tentunya kinerja yang telah dilakukan belumlah sempurna, masih terdapat kelemahan sehingga saran dan perbaikan sebagai penyempurnaan sangat diharapkan.