KEMENTERIAN DALAM NEGERI

REPUBLIK INDONESIA

LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI
PELATIHAN DASAR CALON PEGAWAI
NEGERI SIPIL GOLONGAN III

"OPTIMALISASI KEPATUHAN SOP LAMA WAKTU TUNGGU TRANSFER PASIEN DARI IGD KE RUANG RAWAT INAP DI RSUD SURYAH KHAIRUDDIN"

DISUSUN OLEH:

NAMA	**: dr. RIZA PUTRI OCTARIANTI**
NIP	**: 199810272025042007**
JABATAN	**: DOKTER AHLI PERTAMA**
INSTANSI	**:PEMERINTAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG BARAT**
KELOMPOK	**: 4**
NO. ABSEN	**: 4.2**
ANGKATAN	**: IV**

PUSAT PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA
REGIONAL BUKITTINGGI
KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA
2025

LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

JUDUL	: OPTIMALISASI KEPATUHAN SOP LAMA WAKTU TUNGGU TRANSFER PASIEN DARI IGD KE RAWAT INAP DI RSUD SURYAH KHAIRUDDIN
NAMA	: dr. RIZA PUTRI OCTARIANTI
NIP	: 199810272025042007
PANGKAT/GOL	: PENATA MUDA Tk.I / III/B
JABATAN	: DOKTER AHLI PERTAMA
INSTANSI	: RSUD SURYAH KHAIRUDDIN KABUPATEN TANJUNG JABUNG BARAT
ANGKATAN/KELOMPOK	: IV/ 4
NO. ABSEN	: A4.4.2

Disahkan berdasarkan Seminar Aktualisasi pada tanggal 10 Oktober 2025 di Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Kementerian Dalam Negeri Regional Bukittinggi.

Bukittinggi, 10 Oktober 2025

Coach,	**Penguji,**
NORMA SULISIAWATI, S.Sos., M.E	**CHANDRA VARENDA Y,S.Psi.,M.B.A**
NIP.196708111989032003	NIP. 198305222008011001

Mengetahui

Kepala Pusat PPSDM Kementerian Dalam Negeri

Regional Bukittinggi

SARJAYADI, S.S, M.A.P

NIP. 197003041996031001

BERITA ACARA

SEMINAR LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

Pada Hari	: Jumat
Tanggal	: 10 Oktober 2025
Pukul	: 08.00 – 17.30 WIB
Tempat	: PPSDM Regional Bukittinggi

Telah Diseminarkan Pelaksanaan Aktualisasi Latsar CPNS Angkatan IV Tahun 2025

JUDUL	: Optimalisasi Kepatuhan SOP Lama Waktu Tunggu Transfer Pasien dari IGD ke Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin
NAMA	: dr. Riza Putri Octarianti
NIP	: 199810272025042007
PANGKAT/GOL	: Penata Muda Tk.I / III b
JABATAN	: Dokter Ahli Pertama
INSTANSI	: RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat
ANGKATAN/KEL	: IV / 4
NO. ABSEN	: A4.4.2

Dan telah mendapat pengujian/komentar/masukan/saran dari Penguji, Mentor dan Coach/Moderator.

COACH	PESERTA
NORMA SULISIAWATI, S.Sos., M.E	**dr.RIZA PUTRI OCTARIANTI**
NIP.19670811 198903 2 003	NIP. 19981027 202504 2 007

PENGUJI	MENTOR
CHANDRA VARENDA YOGA, S.Psi.,M.B.A	**TITIN PRIHATIN, SKM, MKM**
NIP. 19830522 200801 1 001	NIP.19770609 200501 2 005

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena dengan Rahmat dan Karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Rancangan Aktualisasi ini. Rancangan aktualisasi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan pada Pelatihan Dasar CPNS Tahun 2025, serta merupakan hasil penerapan ilmu yang didapat selama mengikuti pendidikan serta perwujudan dan realisasi dari pelaksanaan nilai-nilai "BerAKHLAK" (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif). Judul Rancangan Aktualisasi penulis adalah "Optimalisasi Kepatuhan SOP Lama Waktu Tunggu Transfer Pasien dari IGD ke Rawat Ianp di RSUD Suryah Khairuddin".

Berbagai pihak yang telah berjasa dan terlibat dengan segala bentuk dukungan, bantuan, dan peran serta yang diberikan kepada penulis selama penyusunan Rancangan Aktualisasi ini. Tanpa mengurangi rasa hormat kepada pihak manapun, terima kasih penulis ucapkan khususnya kepada:

1. Bapak Sarjayadi, SS, MAP selaku Kepala PPSDM Kemendagri Regional Bukittinggi dan evaluator yang memberikan masukan, kritik dan saran;
2. Bapak dr. Arwin Argus selaku Direktur RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat;
3. Ibu Titin Prihatin, SKM, MKM selaku mentor sekaligus Plt. Kepala Seksi Pelayanan RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat yang telah memberikan bimbingan, arahan, dukungan serta izin yang sangat berarti bagi penulis dalam pembuatan rancangan aktualisasi ini.

4. Ibu Norma Sulisiawati, S.Sos., M.E selaku pembimbing/coach yang telah mengarahkan, membimbing dan memberikan masukan serta motivasi dengan penuh kesabaran dalam pembuatan rancangan aktualisasi ini;
5. Seluruh panitia pelatihan dasar serta rekan-rekan peserta Pelatihan Dasar CPNS Golongan III Angkatan IV di Lingkungan binaan PPSDM Regional Bukittinggi Tahun 2025.
6. Kepada Kedua Orang Tua tersayang dan keluarga yang telah memberikan dukungan, semangat, dan doa restu yang tiada hentinya.
7. Semua pihak yang terlibat yang telah membantu penulis yang tidak dapat penuliskan sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa rancangan aktualisasi ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, mengharapkan masukan dan saran demi perbaikan Rancangan Aktualisasi ini. Semoga Rancangan Aktualisasi ini dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya dan memberikan manfaat bagi seluruh pihak yang membutuhkan.

Bukittinggi, 10 Oktober 2025

dr. Riza Putri Octarianti
NIP. 199810272025042010

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN i
BERITA ACARA ii
KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI v
DAFTAR GAMBAR vi
DAFTAR TABEL vii
DAFTAR LAMPIRAN 1
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 3
C. Ruang lingkup 4
BAB II PROFIL INSTANSI DAN PESERTA 6
A. Profil Instansi 6
B. Profil Peserta 18
BAB III RANCANGAN AKTUALISASI 22
A. DESKRIPSI ISU TERPILIH 22
B. PENETAPAN CORE ISU 26
C. ANALISA CORE ISU 28
D. GAGASAN KREATIF PENYELESAIAN CORE ISU 30
BAB IV CAPAIAN PELAKSANAAN AKTUALISASI 31
A. Matriks Jadwal Kegiatan Aktualisasi 31
B. MATRIKS PELAKSANAAN AKTUALISASI 32
C. Matriks Rekapitulasi Realisasi Habituasi NND PNS (BerAKHLAK) 66
D. Capaian Penyelesaian Core Isu 67
E. Manfaat Terselesaikannya Core Isu 70
F. Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi 73
BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 74
A. Kesimpulan 74
B. Rekomendasi 80
DAFTAR PUSTAKA 81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat 8

Gambar 2.2 Peta Wilayah Kabupaten Tanjung Jabung Barat 9

Gambar 2.3 Struktur Organisasi RSUD Suryah Khairuddin 15

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ruang Rawat Inap serta Jumlah Tempat Tidur 10

Tabel 2.2 Data Ketenagaan Rumah Sakit.....13

Tabel 3.1 Seleksi Isu Menggunakan Teknik APKL 27

Tabel 3.2 Seleksi Penyebab Isu Utama dengan Teknik USG 29

Tabel 4.1 Jadwal Pelaksanaan Aktualisasi 31

Tabel 4.2 Matriks Pelaksanaan Aktualisasi.....33

Tabel 4.3 Matriks Rekapitulasi Habituasi.....66

Tabel 4.4 Capaian Penyelesaian Core Isu.....67

Tabel 4.5 Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi.....73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke 1 82
Lampiran 2. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke 2 92
Lampiran 3. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke 3 107
Lampiran 4. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke 4 119
Lampiran 5. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke 5 131

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Layanan publik yang professional dan berkualitas harus mampu diberikan diseluruh instansi pemerintahan, baik di Tingkat pusat maupun daerah. Kinerja ASN harus berorientasi kepada pemenuhan kebutuhan pelayan public dengan menunjukkan sikap perilaku yang mengedepankan profesionalisme, komitmen pelayanan unggul, rasa kepedulian yang tinggi, dan disertai keterampilan teknis yang memadai. Karena itu, ASN perlu membuat rancangan aktualisasi khususnya dalam pelayanan bidang kesehatan yang dilaksanakan di instansi Rumah Sakit.

Rumah sakit yang menunrut UU No. 44 tahun 2009 berfungsi sebagai penyelengggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit harus mengutamakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien.

RSUD Suryah Khairuddin merupakan sebuah institusi milih Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Barat yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan Upaya penyembuhan dan pemulihan penyakit. Selain itu, RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat merupakan Rumah Sakit yang baru berdisi selama kurang lebih 5 tahun semenjak tahun 2020. RSUD Suryah Khairuddin masih terus berupaya bertumbuh dan melakukan perbaikan pelayanan bagi masyarakat

Kabupaten Tanjung Jabung Barat. Namun, sebagai sebuah organisasi milik pemerintah, tentu tidak lepas dari masalah, baik masalah medis maupun non medis yang dapat menghambat fungsi rumah sakit itu sendiri.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) memiliki angka kunjungan paling tinggi disetiap rumah sakit. Kunjungan pasien IGD tiap tahunnya akan terus bertambah. Peningkatan terjadi sekitar 30% diseluruh IGD rumah sakit menurut penelitian Bashkin et al pada tahun 2015. Data kunjungan pasien masuk ke IGD di Indonesia Adalah 4.402.205 (13,3%) dari total seluruh kunjungan di Rumah Sakit Umum. Jumlah yang signifikan dan dapat berimbas pada mutu pelayanan jika tidak dilayani sesuai dengan standar dan diperlukan juga perhatian yang cukup besar khususnya pada pasien gawat darurat.

Salah satu bentuk mutu pelayanan yang sering dikeluhkan adalah lamanya waktu tunggu. Menurut penelitian Render dkk pada tahun 2009 witting time Adalah orang-orang atau barang dalam barisan yang sedang menunggu untuk dilayani. Waktu tunggu merupakan hal yang sangat penting karena jika waktu tunggu memanjang secara langsung mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan di ruangan tersebut, hal ini juga dapat memicu ketidakpuasan pasien akan sebuah pelayanan kesehatan.

Berbagai faktor kontribusi terhadap terjadinya permasalahan lamannya waktu tunggu, seperti perbandingan perawat dan pasien dalam satu shift, sarana dan prasarana, waktu tunggu hasil pemeriksaan

penunjang labiratorium maupun radiologi, administrasi, kelengkapan berkas rekam medis, konsultasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), kurangnya ketersediaan ruangan sehingga pasien harus dititipkan atau di rujuk, ketersediaan alat, keluarga pasien yang harus berembuk untuk menentukan akan dirawat inap atau tidak juga dapat mempengaruhi lama waktu tunggu di IGD.

Saat ini lama waktu tunggu di IGD RSUD Suryah Khairuddin belum dapat dinilai karena belum ada standar operasional yang diberlakukan sebagai dasar pengukuran. Sehingga rumah sakit belum memiliki data konkrit berapa lama waktu tunggu rata-rata pasien di IGD dan faktor apa yang mempengaruhi lama waktu tunggu di IGD. Dimana data tersebut bisa digunakan untuk melakukan evaluasi dan perbaikan bagi pelayanan RSUD Suryah Khairuddin.

Oleh karena itu, untuk menerapkan nilai-nilai dasar profesi ASN dalam tugas sebagai Dokter Ahli Pertama, serta sebagai peryaratan untuk menyelesaikan Pelatihan Dasar CPNS ini maka di buatlah rancangan aktualisasi yang berjudul "**Optimalisasi Kontrol Kepatuhan Lama Waktu Tunggu Transfer Pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di IGD RSUD Suryah Khairuddin".**

B. Tujuan

1. Mengaktualisasi nilai nilai dasar ASN Ber-AKHLAK pada gagasan "Optimalisasi Kepatuhan Lama Waktu Tunggu Transfer Pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di IGD RSUD Suryah Khairuddin".

2. Memberikan inovasi untuk meningkatkan pelayanan, khususnya pada kepatuhan lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di IGD RSUD Suryah Khairuddin.
3. Mendapatkan data konkrit terkait lama waktu tunggu dan faktor penyebab lamanya waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di IGD RSUD Suryah Khairuddin sebagai bahan manajemen Rumah Sakit mengambil kebijakan.

C. Ruang lingkup

Kegiatan Aktualisasi Pelatihan Dasar CPNS 2025 ini dilakukan di RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat Jambi. Ruang lingkup kegiatan aktualisasi ini berfokus pada proses transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap di RSUD Suryah Khairuddin, khususnya terkait kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien. Kegiatan ini melibatkan unit IGD, unit rawat inap, unit admisi/rekam medis, unit laboratorium dan radiologi, bagian pelayanan medis, serta manajemen mutu rumah sakit. Materi kegiatan mencakup analisis pelaksanaan SOP yang berlaku, pengumpulan dan pengolahan data lama waktu tunggu, penyusunan mekanisme kontrol kepatuhan, sosialisasi kepada petugas terkait, serta evaluasi dan rekomendasi tindak lanjut untuk meningkatkan mutu pelayanan. Batasan kegiatan ini difokuskan pada pasien IGD yang dipindahkan ke ruang rawat inap, tidak mencakup pasien rujukan ke luar rumah sakit, serta pelaksanaannya hanya dalam periode waktu tertentu

sesuai arahan mentor. Hasil yang diharapkan dari kegiatan ini adalah tersusunnya mekanisme kontrol kepatuhan SOP yang lebih terstruktur dan peningkatan kepatuhan petugas dalam melaksanakan SOP sehingga mutu pelayanan transfer pasien di RSUD Suryah Khairuddin dapat ditingkatkan.

BAB II

PROFIL INSTANSI DAN PESERTA

A. Profil Instansi

1. Gambaran Umum

a. Sejarah RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat

Rumah Sakit Umum Daerah Suryah Khairuddin adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi. Rumah sakit ini beralamat di Jalan Lintas Timur Kec. Merlung Kode Pos 36554 Kabupaten Tanjung Jabung Barat Propinsi Jambi yang berjarak sekitar 164 km dari Kuala Tungkal dan 120 km dari kota Jambi.

Rumah sakit ini sebelumnya merupakan Puskesmas Rawat Inap Merlung yang pada tahun 2014 oleh Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Barat dilakukan Study Kelayakan Rumah Sakit Daerah Ulu (Pengembangan Puskesmas Perawatan Merlung menjadi RSUD Kelas D). Tindak lanjut dari studi kelayakan tersebut maka dibangun RSUD Suryah Khairuddin yang secara fisik bangunan bisa ditempati/ dimanfaatkan pada awal tahun 2020.

Rumah sakit Suryah Khairuddin terletak diatas tanah seluas sekitar 34.357,63 M2 dengan bangunan yang didirikan dan digunakan untuk operasional pelayanan. Hingga saat ini diantaranya gedung dan bangunan sebagai berikut :

1. Gedung Kantor
2. Gedung Apotek
3. Gedung Dapur
4. Gedung IGD
5. Gedung Labor & Radiologi
6. Gedung Poliklinik
7. Gedung Rawat Inap
8. Gedung Bedah
9. Gedung CSSD
10. Gedung Kebidanan
11. Gedung ICU
12. Bangunan IPAL
13. Instalasi Jenazah
14. Rumah Genset & Travo
15. Gedung Me & Workshop
16. Gedung Hemodialisa
17. Gedung Minimarket
18. Gedung Para Medis
19. Rumah Dokter
20. Pos Jaga
21. Bangunan Gazebo
22. Incenerator
23. Bangunan Mushola

Rumah Sakit Umum Daerah Suryah Khairuddin sebagai Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Barat di Bidang Pelayanan Kesehatan dan merupakan Rumah Sakit Umum Daerah ke 2 setelah Rumah Sakit Umum Daerah KH.Daud Arif yang dimiliki Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Barat. Keadaan Rumah Sakit Umum Daerah Suryah Khairuddin dirasakan memiliki peran strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan melalui upaya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat khususnya diwilayah Merlung dan sekitarnya. Langkah ini merupakan salah satu cara Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Barat mendekatkan keterjangkauan pelayanan kesehatan khususnya Rumah Sakit. Menoleh ke belakang

masyarakat Wilayah Tanjung Jabung Barat terutama Kecamatan Merlung, Kecamatan Muara Papalik, Kecamatan Renah Mendaluh dan Kecamatan Batang Asam memiliki kendala keterjangkauan terhadap akses pelayanan kesehatan Rumah Sakit.



Gambar 2.1 RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat

Pada Tahun 2022 RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat berubah menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat berdasarkan Surat Keputusan Bupati Tanjung Jabung Barat Nomor 761/Kep.Bup/ORG/2022 tanggal 29 Desember 2022 dan mulai berlaku tanggal 1 Februari 2023.

b. **Keadaan Geografis**

1) **Batas Wilayah**

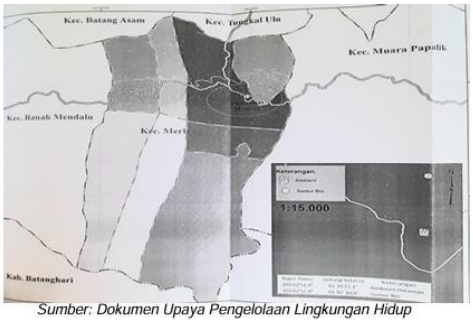
Batas Wilayah Kabupaten Tanjung Jabung Barat adalah sebagai berikut :

a) Utara : Kabupaten Indragiri Hilir, Provinsi Riau

b) Timur : Kabupaten Tanjung Jabung Timur dan Selat Berhala

c) Selatan : Kabupaten Batanghari dan Kabupaten Muaro Jambi

d) Barat : Kabupaten Tebo



Sumber: Dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan Hidup

Gambar 2.2 Peta Wilayah Kabupaten Tanjung Jabung Barat

2) Luas Wilayah

a) Luas Wilayah : 5.009,82 km^2

b) Populasi : 336.978 jiwa

c) Kepadatan penduduk : 67/ km^2

c. Keadaan Monografi

Jumlah Penduduk Kabupaten Tanjung Jabung Barat pada Tahun 2023 adalah 331.058 jiwa, dengan jumlah penduduk terbanyak berada di Kecamatan Merlung dengan 74.919 jiwa. Kepadatan penduduk terdapat pada Kecataman Bram Itam dengan 760 jiwa per Km2. Sedangkan untuk jumlah penduduk yang terendah yaitu Kecamatan Bram Itam dengan

jumlah penduduk 9.223 jiwa dan kepadatan penduduk yang terendah terdapat di Kecamatan Pengabuan dengan jumlah 3.396 Km2.

d. Gambaran Produk Jasa dan Produk Unggulan

Rumah Sakit Umum Daerah Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat menyediakan layanan berupa :

1. Pelayanan Gawat Darurat

   Pelayanan berupa: Pelayanan Gawat Darurat Bedah, Pelayanan Gawat Non Darurat (Non Bedah), Pelayanan Darurat Non Gawat (Umum), Pelayanan Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) dan Pelayanan Observasi (One Day Care) yang dibuka selama 24 jam.

2. Pelayanan Rawat Jalan

   Pelayanan rawat jalan terdiri dari: Poli Umum, Poli Penyakit Dalam, Poli Anak, Poli Obstetri dan Gynekologi, Poli Bedah, Poli Keluarga Berencana, Poli Syarafi, Poli DOTS, Poli Gigi dan Kesehatan Mulut**.**

3. Pelayanan Rawat Inap

Tabel 2.1 Ruang Rawat Inap serta Jumlah Tempat Tidur

No	**RUANG**	**NAMA RUANG RAWAT INAP DAN JUMLAH TEMPAT TIDUR KELAS PERAWATAN**							**TOTAL**
		I		**II**		**III**		**ISOLASI**	
1.	RAWAT INAP ANAK	MAHANGI	1	GAHARUI	2	RENGASI	4	SUNGKAI	19

		MAHANG II	1	GAHARU II	2	RENGAS II	4		
						RENGAS III	4		
		2		4		12		1	
2	RAWAT INAP INTERNE/BEDAH	TEMBESU I	1	-MAHONI I	2	KULIM I	4	BULIAN	19
		TEMBESU II	1	MAHONI II	2	KULIM II	4		
						KULIM III	4		
		2		4		12		1	
3.	RAWAT INAP KEBIDANAN	MERANTI I	2	MERANTI 2	3	MERANTI 3	4		9
4.	ICU	-		-		-		-	3
5.	HCU	-		-		-		-	2
6.	PERINATOLOGI	JATI		-		-		-	2
TOTAL KESELURUHAN TEMPAT TIDUR		6		11		28		2	54

4. Ruang Operasi (OK)
5. HCU
6. Pelayanan Penunjang

Pelayanan penunjang terdiri dari pelayanan penunjang medis dan service. Pelayanan penunjang medis yaitu instalasi farmasi, instalasi laboratorium, instalasi radiologi, instalasi gizi, instalasi kamar jenazah, rekam medis, dan ambulance. Dan *Service* terdiri dari Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPS-RS), incenerator, instalasi loundry, generator set, dan musholla

e. Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit

Pada Tahun 2024 jumlah keseluruhan tenaga kerja di RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat sebanyak 171 Orang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil sebanyak 33 Orang (19,29%), Pegawai Pemerintah Perjanjian Kerja (PPPK) sebanyak 41 Orang (23,97%), Tenaga Honorer/ TKK 96 Orang (56,14%) dan Tenaga Kerja Sukarela sebanyak 1 Orang (0,58%). Yang terdiri dari Tenaga Medis Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi 1 Orang (0,58%), Tenaga Medis Dokter Umum dan Dokter Gigi 11 Orang (6,43%), Perawat sebanyak 47 Orang (27,48%) Bidan sebanyak 23 Orang (13,45%), Radiografer sebanyak 3 Orang (1,75%), Fisioterapis sebanyak 3 Orang (1,75%), Perekam Medis dan Informasi sebanyak 1 Orang (0,58%), Penyuluh Kesehatan Masyarakat sebanyak 4 Orang (2,33%), Pranata Laboratorium Kesehatan sebanyak 5 Orang (2,92%), Apoteker sebanyak 5 Orang (2,92%) Asisten Apoteker sebanyak 4 Orang (2,33%), Nutrisionis sebanyak 5 Orang (2,92%), Sanitasi Lingkungan sebanyak 2 Orang (1,16%), Perawat Gigi

sebanyak 1 Orang (0,58%), Tenaga Administrasi sebanyak 52 Orang (30,40%), dan Pejabat Struktural sebanyak 4 Orang (2,33%).

Tabel 2.2 Data Ketenagaan Rumah Sakit pada Tahun 2024

No	Jenis Ketenagaan	Tahun 2024
1	Struktural	4
2	Medis	12
3	Perawat	47
4	Bidan	23
5	Radiografer	3
6	Fisioterapis	3
7	Perekam Medis dan Informasi	1
8	Penyuluh Kesehatan Masyarakat	4
9	Pranata Laboratorium Kesehatan	5
10	Apoteker	5
11	Asisten Apoteker	4
12	Nutrisionis	5
13	Sanitasi Lingkungan	2
14	Perawat Gigi	1
15	Umum dan Administrasi	52
Jumlah		**171**

Sumber : Laporan Kepegawaian RSUD Suryah Khairuddin

2. Visi dan Misi Organisasi

a. Visi

“Terwujudnya Rumah Sakit Unggulan dan Kepercayaan Masyarakat”

Visi tersebut mencerminkan pandangan jauh kedepan (Cita-cita) yang rasional dan terukur untuk dicapai agar kiranya keberadaan RSUD Suryah Khairuddin dapat memberikan pelayanan kesehatan yang diharapkan masyarakat.

b. Misi

1. Memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar disepakati. Memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar, penuh semangat dan menyenangkan dengan Senyum, Sapa dan Salam

bedasara hatu nuarani dan tanpa keterpaksaan. Pelayanan yang diberikan secara efektif, efisien serat professional.

2. Meningkatkan standar mutu pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis.

   Melengkapi dan mengembangkan sarana pendukung layanan medis dasar serat layanan penunjang.

3. Meningkatkan kompetensi dan non medis.

   Memberikan kontribusi nyata dalam meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM) melalui Pendidikan dan Pelatihan yang berkesinambungan demi terwujudnya peningkatan keterampilan dan pengetahuan.

4. Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan

   Menyediakan lingkungan kerja yang aman dan nyaman sesuai standar dan prasarana fisik dalam rangka terwujudnya performa pelayanan servise yang menyenangkan pelanggan,

5. Meningkatkan sistem mutu manajemen informasi dan keuangan

   Menerapkan prinsip pengelolaan keuangan Rumah Sakit yang sehat sesuai ketentuan yang berlaku serta mengembangkan sistem informasi terpadu guna mendukung pengendalian biaya dan peningkatan transparasi pengelolaan terhadap public.

3. Struktur Organisasi RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat

Struktur organisasi RSUD Suryah Khairuddin mengacu pada Peraturan Bupati (Perbup) Kabupaten Tanjung Jabung Barat Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah. Susunan Organisasi sebagai berikut :

1. Direktur
    a. Satuan Pemeriksaan Internal
    b. Komite
    c. Instalasi
    d. Kelompok Staf Medis
    e. Kelompok Jabatan Fungsional
2. Sub. Bag Tata Usaha
3. Seksi Pelayanan
4. Seksi Keperawatan



Gambar 2.3 Struktur Organisasi RSUD Suryah Khairuddin

Sesuai dengan Peraturan Bupati Kabupaten Tanjung Jabung Barat Nomor 1 Tahun 2020 tersebut dinyatakan bahwa Ruamh Sakit Umum Daerah Suryah Khairuddin mempunyai tugas memberikan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna.

4. Tugas Pokok dan Fungsi RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat

RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat mempunyai tugas pokok dan fungsi sesuai dengan Peraturan Bupati Tanjung Jabung Barat Nomor 1 Tahun 2020 Tanggal 3 Januari 2020 yaitu tentang Pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat sebagai berikut :

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 sesuai kebutuhan medis.
c. Penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam 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.

5. Nilai – Nilai Dasar Organisasi

Budaya kerja rumah sakit dapat dilaksanakan dalam memegang nilai-nilai dasar sebagai acuan bagi RSUD Suryah Khairuddin dalam berperilaku untuk menunjang tarcapainya visi dan misi. Nilai dasar tersebut, nantinya diharapkan dapat menjadikan budaya kerja di RSUD Suryah Khairuddin. Nilai dasar tersebut diantaranya adalah :

a. Ramah santun dalam melayani

Pelayanan dengan **Senyum, Sapa** dan **Salam (3S)** didasarkan pada hati Nurani, empati, berpikir positif, Ikhlas serta terbuka terhadap pembaruan dalam mewujudkan keberhasilan Bersama.

b. Professional dalam bertugas

Keyakinan terhadap tatanan dalam memberikan pelayanan yang berdasar pada kaidah ilmiah dan kaidah profesi, serta tidak bertentangan dengan norma-norma sosial yang berlaku di masyarakat, dengan ciri khusus; Tanggung Jawab, Inovatif, Kreatif, Profesional dan Optimis.

c. Integritas

Berprilaku sebagai sebagai insan yang beriman, jujur, kerja keras, disiplin, komitmen, mendahulukan kepentingan organisasi serta

mampu menjaga keseimbangan *Emotional Quotient* (EQ) dan *Spiritual Quotient* (SQ).

d. Daya saing

Seluruh jajaran RSUD Suryah Khairuddin di tuntut untuk meningkatkan kualitas, kompetensi dan sumber daya agar organisasi dapat bersaing pada era global, dengan menjalankan tugas dan wewenang yang di bebankan kepadanya.

e. Mandiri

Mampu mengoptimalkan kemampuan yang dimiliki untuk mewujudkan jati diri yang terpercaya baik sebagai Individu maupun sebagai *Team Work*.

B. Profil Peserta

Penulis merupakan salah satu Alumni dari Fakultas Kedokteran Universitas Jambi yang mengawali pendidikan pada tahun 2016 dan berhasil menyelesaikan pendidikan di tahun 2022.

Berdasarkan Surat Keputusan Bupati Tanjung Jabung Barat Nomor : 00168/Kep.Bup/BKPSDM/2025 Tentang Pengangkatan Calon Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Barat tahun 2025. Berikut profil singkat peserta diklat Calon Pegawai Negeri Sipil tersebut, sehubungan dengan tugas pokok dan fungsi jabatan penulis :

Nama : dr. Riza Putri Octarianti

NIP : 199810272025042007

Jabatan : Dokter Ahli Pertama

Unit Kerja : RSUD Suryah Khairuddin

Instansi : Pemerintah Kab.Tanjung Jabung Barat

Adapun tugas pokok penulis sebagai Dokter Ahli Pertama adalah memberikan pelayanan medis kepada pasien serta mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu di rumah sakit sesuai standar profesi dan peraturan yang berlaku. Secara umu tugas pokok tersebut meliputi :

a. Dokter IGD

Uraian tugas dokter IGD adalah sebagai berikut:

1. Menangani pasien gawat darurat sesuai standar pelayanan gawat darurat rumah sakit.
2. Bertanggung jawab penuh atas terselenggaranya pelayanan unit gawat darurat.
3. Mengkonsultasikan untuk mendapatkan penanganan selanjutnya ke dokter jaga konsulen bagi pasien yang tidak mungkin tertangani oleh dokter jaga.
4. Memelihara koordinasi dan kerjasama yang baik dengan karyawan lain di lingkungan rumah sakit.
5. Mencatat keadaan pasien yang masuk perawatan secara lengkap di dalam rekam medis pasien.

6. Melakukan serah terima tugas agar menjelaskan apa yang sudah dilakukan dan apa yang belum dilakukan terhadap pasien yang masih dalam perawatan gawat darurat kepada dokter jaga penggantinya.

b. Dokter Poliklinik Umum

Uraian tugas dokter Poliklinik Umum adalah sebagai berikut:

1. Melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan penunjang medis sehingga mampu mendiagnosa dan penatalaksanaan dengan tepat.
2. Memberikan tindakan medis dan terapi medis sesuai kompetensi dokter poloklinik umum dengan memperhatikan dan mempertimbangkan biaya yang dikeluarkan oleh pasien.
3. Memberikan pelayanan yang profesional sesuai fungsi dokter poliklinik dengan memperhatikan keselamatan pasien (patient safety).
4. Mampu mengelola / mengakomodir keinginan pasien (customer care) sehingga tercapai kepuasan konsumen.
5. Mampu berkomunikasi dan memberikan edukasi dengan baik.
6. Menuliskan kelengkapan catatan di rekam medis dengan lengkap.

c. Dokter Rawat Inap

Uraian tugas dokter bangsal adalah sebagai berikut :

1. Sebagai pemimpin dalam 1 shift jaga di bangsal
2. Melakukan pelayanan medis terhadap pasien yaitu:
    - Melakukan penilaian awal saat pasien masuk ke bangsal.

- Memastikan apakah terapi yang diterima pasien telah sesuai dengan status pembiayaannya.
- Mengikuti *preconference* perawat dan operan pasien khusus untuk dokter jaga pagi.
- Menginformasikan dan mengkonsultasikan pasien baru kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP).
- Melakukan *follow up* pasien untuk semua pasien rawat inap di bangsal dengan mendahulukan kegawatan terlebih dahulu.
- Melakukan *screening* pasien pre-operasi.
- Melakukan edukasi pasien pulang.
- Menyampaikan prognosis pada kasus yang cenderung memburuk.
- Mengikuti kegiatan eksternal rumah sakit seperti *home care / home visit, screening* kesehatan dan posyandu jika diperlukan.

3. Berkolaborasi dengan tenaga medis dan paramedis (perawat jaga/dokter umum/dokter spesialis) :
    - Bekerja sama dengan tenaga paramedis dan non medis untuk menciptakan pelayanan bangsal yang baik.
    - Bekerja sama dengan tenaga paramedis dan non medis untuk menciptakan suasana kerja yang nyaman.
    - Melakukan operan jaga dengan sesama dokter bangsal
    - Sebagai dokter poliklinik umum sesuai dengan waktu yang disepakati.

BAB III

RANCANGAN RANCANGAN AKTUALISASI

A. DESKRIPSI ISU TERPILIH

Rumah Sakit Suryah Khairuddin merupakan fasilitas pelayanan Kesehatan yang terletak di Kabupaten Tanjung Jabung Barat, tahun ini RSUD Suryah Khairuddin berumur 5 tahun sejak awal berdirinya. Sebagai fasilitas pelayanan Kesehatan RSUD senantiasa mengikuti adanya perkembangan ilmu dan teknologi sebagai Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan jangkauan pelayanan rumah sakit. Dalam Upaya meningkatkan pelayanan terdapat beberapa permasalahan yang dapat diangkat sebagai isu, yaitu sebagai berikut:

1. **Belum optimalnya pengisian rekam medis pasien rawat jalan di IGD RSUD Suryah Khairuddin.**

   a. Kondisi Masalah Saat Ini

      Pengisian rekam medis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) pada pasien rawat jalan masih belum optimal. Berdasarkan hasil audit internal, beberapa kompenen penting seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang hingga tanda tangan dokter terkadang tidak terisi lengkap. Selain itu, masih terdapat tenaga menis yang belum konsisten untuk segera mengisi rekam medis elektronik (RME). Kurangnya sosialisasi tentang standar pengisian rekam medis manual

maupun rekam medis elektronik (RME) menjadi faktor penyebab utama rendahnya kepatuhan.

b. Dampak dan Parapihak yang terkena dampak jika isu tidak diselesaikan.

Dampak yang terjadi jika masalah ini tidak di tangani adalah beresiko mengalami pelayanan yang tidak optimal karena informasi medis tidak lengkap untuk tindakan lanjutan, pasien tidak mendapatkan resume ringkasan rawat jalan sebagai bukti telah menjalani perawatan IGD, dan klain BPJS dan asuransi dapat tertunda atau ditolak karena dokumen rekam medis tidak lengkap.

c. Keterkaitan Isu dengan Manajemen ASN.

Pada isu ini kurangnya implementasi dari Managemen ASN yaitu pelayanan publik dimana kepatuhan pengisian rekam medis sesuai SOP menunjukkan ketaatan ASN terhadap regulasi dan standar pelayanan, mendukung mutu pelayanan, keselamatan pasien dan kepuasan masyarakat.

2. Belum optimalnya SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap RSUD Suryah Khairuddin.

a. Kondisi Masalah Saat Ini.

Salah satu indicator mutu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Adalah ketepatan waktu transfer pasien ke ruang rawat inap. Standar yang berlaku dibeberapa rumah sakit mengacu pada ketentuan Kementrian Kesehatan, yaitu waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke

ruang rawat inap maksimal 3 jam sejak adanya Keputusan rawat inap. Namun, berdasarkan hasil monitoring internal, pelaksanaan SOP tersebut masih belum optimal. Akibatnya, pasien tetap berada di IGD lebih lama dari standar yang seharusnya.

b. Dampak dan Parapihak yang terkena dampak jika isu tidak diselesaikan.

Hal ini mempengaruhi indikator mutu pelayanan yang tidak tercapai karena SOP waktu tunggu tidak dipenuhi. Selain itu kenyamanan pasien berkurang karena fasilitas IGD tidak di desain untuk perawatan jangka panjang. bagi tenaga Kesehatan yang bertugas, beban kerja menjadi meningkat karena harus merawat pasien yang seharusnya sudah di pindahkan ke ruang rawat inap.

c. Keterkaitan Isu dengan Manajemen ASN.

Isu ini erat kaitannya dengan penerapan manajemen ASN yaitu pelayanan publik dengan memastikan pasien mendapatkan perawatan tepat waktu di bangsal merupakan wujud orientasi pelayanan terbaik. Serta disiplin ASN, yaitu wajib mematuhi SOP yang telah di tetapkan termasuk standar waktu tunggu transfer pasien.

3. Belum optimalnya Early Warning Sistem di Ruang Rawat inap RSUD Suryah Khairuddin.

a. Kondisi Masalah Saat Ini.

Early Warning Sistem (EWS) Adalah instrument penilaian klinis pasien rawat inap yang bertujuan mendeteksi dini tanda perburukan kondisi pasien. Di ruang rawat inap, pelaksanaan pencatatan dan

evaluasi oleh perawat maupun dokter jaga belum konsisten. Faktor penyebabnya antara lain: kurangnya pemahaman petugas terhadap pentingnya EWS, belum adanya monitoring ketat dari kepala ruangan, dan beban kerja tinggi sehingga pencatatan EWS sering terabaikan.

b. Dampak dan Parapihak yang terkena dampak jika isu tidak diselesaikan.

Risiko keterlambatan deteksi perburukan kondisi pasien sehingga tindakan medis terlambat dilakukan yang mengakibatkan menurunnya angka keselamatan pasien. Pada tenaga kesehatan, beban kerja meningkat karena harus menangani pasien yang sudah dalam kondisi kritis sedangkan beban kerja dengan SDM yang ada tidak sebanding.

c. Keterkaitan Isu dengan Manajemen ASN.

ASB di rumah sakit memiliki peran penting dalam penerapan EWS sesuai nilai ASN berAKHLAK yaitu berorientasi pelayanan, mengutamakan keselamtan pasien dengan deteksi dini kondisi kritis. Akuntabel yaitu memastikan pencatatan dan pelaporan EWS dilakukan sesuai standar, transparan dan dapat di pertanggungjawabkan. Kompeten, dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menggunakan EWS secara tepat.

B. PENETAPAN CORE ISU

Dari beberapa isu di atas dapat dilakukan penapisan isu untuk menentukan Core issue yang akan di angkat untuk menjadi isu utama dalam rancangan aktualisasi, yaitu dengan menggunakan metode Aktual, Problematik, Kekhalayakan, Kelayakan (APKL). Metode APKL merupakan salah satu metode yang digunakan untuk menguji kelayakan suatu isu sehingga dapat dicarikan solusinya dalam kegiatan aktualisasi. Metode APKL ini menggunakna Teknik scoring dalam penetapan prioritas isu dengan memperhatikan empat faktor yaitu :

- (A) *Aktual* artinya isu tersebut masih dibicarakan atau belum terselesaikan hingga masa sekarang;
- (P) *Problematik* artinya Isu yang menyimpang dari harapan standar, ketentuan yang menimbulkan kegelisahan yang perlu segera dicari penyebab dan pemecahannya
- (K) *Kekhalayakan* artinya Isu yang diangkat secara langsung menyangkut hajat hidup orang banyak dan bukan hanya untuk kepentingan seseorang atau sekelompok kecil orang
- (L) *Kelayakan* artinya Isu yang masuk akal *(logis),* pantas, realistis dan dapat dibahas sesuai dengan tugas , hak, wewenang dan tanggungjawab hingga akhirnya di angkat menjadi isu yang prioritas.

Analisa APKL menggunakan rentang nilai berupa matriks skor yaitu 1 –5, yang menandakan bahwa semakin tinggi skor berarti isu tersebut bersifat mendesak untuk segera dicari penyelesaiannya. Berikut adalah seleksi isu yang menggunakan metode APKL dan skala Likert

Tabel 3.1 Seleksi Isu Menggunakan Teknik APKL

No	Identifikasi Isu	Penilaian Isu				*Score*	*Rank*
		A	P	K	L		
1.	Belum optimalnya pengisian rekam medis elektronik pasien rawat jalan di IGD RSUD Suryah Khairuddin.	5	4	3	3	15	**II**
2.	**Belum optimalnya SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap RSUD Suryah Khairuddin.**	5	5	3	4	17	**I**
3.	Belum optimalnya Early Warning Sistem di Ruang Rawat inap.	4	4	3	3	14	**III**

Keterangan:

A (Aktual)	: Sangat Hangat	Nilai 1 : Tidak Penting
P (Problematik)	: Mendesak	Nilai 2 : Kurang Penting
K (Kekhalayakan)	: Menyangkut Orang Banyak	Nilai 3 : Cukup Penting Nilai 4 : Penting
L (Layak)	:Realistis	Nilai 5 : Sangat Penting

Dari ketiga isu yang problematik tersebut, melalui metode APKL ditetapkan isu paling prioritas yakni “Belum optimalnya SOP lama waktu tunggu

transfer pasien dari IGD ke rawat inap RSUD Suryah Khairuddin" dengan total skor 17. Kemudian akan penulis realisasikan melalui kegiatan **"Optimalisasi Kepatuhan Lama Waktu Tunggu Transfer Pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di IGD RSUD Suryah Khairuddin".**

C. ANALISA CORE ISU

Kondisi belum optimalnya SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap RSUD Suryah Khairuddin disebabkan oleh beberapa hal, yaitu :

- Belum adanya SOP yang mengatur lama waktu layanan penunjang (laboratorium dan radiologi), respon konsul DPJP, dan periapan kamar rawat inap.
- Keterlambatan pengambilan keputusan dari pihak keluarga pasien.
- Beban kerja tinggi dan ketidakseimbangan SDM di ruang rawat inap.

Dari beberapa faktor penyebab isu di atas dapat dilakukan penapisan untuk menentukan gagasan yang akan di angkat untuk menjadi solusi dalam rancangan aktualisasi, yaitu dengan menggunakan metode *Urgency, seriousness,* dan *Growth* (USG).

Berikut pembahasan sekilas mengenai metode USG :

- *Urgency*, menunjukan seberapa mendesak penyebab isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang penyebab isu tadi.

- *Seriousness*, seberapa serius penyebab isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain jika masalah penyebab isu tidak dipecahkan.
- *Growth*, seberapa besar kemungkinan-kemungkinan penyebab isu tersebut menjadi berkembang dan kemungkinan masalah penyebab isu akan semakin memburuk apabila dibiarkan.

Berikut seleksi dari tiga penyebab tersebut untuk mendapatkan penyebab utama :

Tabel 3.2 Seleksi Penyebab Isu Utama dengan Teknik USG

No.	Isu	Kriteria			Jumlah	Prioritas
		U	S	G		
1.	**Belum adanya SOP yang mengatur lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap.**	**4**	**4**	**4**	**12**	**I**
2.	Keterlambatan pengambilan keputusan dari pihak keluarga pasien.	3	3	3	9	III
3.	.Koordinasi antar petugas IGD, ruang rawat inap, dan administrasi kurang efektif.	4	3	3	10	II

Berdasarkan seleksi penyebab isu utama dengan menggunakan metode USG didapatkan penyebab yang paling mempengaruhi terjadinya isu yaitu

“belum adanya SOP yang mengatur lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap”

D. GAGASAN KREATIF PENYELESAIAN CORE ISU

Dari permasalahan di atas perlu dilakukan aktualisasi yang di batasi pada pembahasan upaya peningkatan implementasi kepatuhan lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap. Untuk terwujudnya gagasan kreatif maka beberapa kegiatan yang akan dilakukan adalah:

1. Melakukan konsultasi dan meminta rekomendasi kepada mentor.
2. Melakukan pengumpulan data terkait lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap.
3. Mensosialisasikan form ceklist lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin.
4. Melakukan Pemantauan pelaksanaan kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin.
5. Mengevaluasi dan melaporkan hasil penerapan aktualisasi

BAB IV

CAPAIAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

A. Matriks Jadwal Kegiatan Aktualisasi

Berikut ini merupakan jadwal kegiatan aktualisasi yang telah terlaksana :

Tabel 4.1 Jadwal Pelaksanaan Aktualisasi

No.	Kegiatan	September			
		I	II	III	IV
1.	Melakukan konsultasi dan meminta rekomendasi kepada mentor.				
2.	Membuat draft SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap.				
3	Melakukan sosialisasi SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin.				
4.	Melakukan pemantauan kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap.				
5.	Mengevaluasi dan melaporkan hasil penerapan aktualisasi.				

B. MATRIKS PELAKSANAAN AKTUALISASI

Unit Kerja	:	Dokter Ahli Pertama, Rumah Sakit Umum Daerah Suryah Khairuddin.
Identifikasi Isu	:	**1.** Belum optimalnya pengisian rekam medis elektronik pasien rawat jalan di IGD RSUD Suryah Khairuddin. **2.** Belum optimalnya SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap RSUD Suryah Khairuddin **3.** Belum optimalnya Early Warning Sistem di Ruang Rawat inap.
Isu Yang Diangkat	:	Belum optimalnya SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap RSUD Suryah Khairuddin
Gagasan Pemecahan Isu	:	Optimalisasi dengan membuat SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap RSUD Suryah Khairuddin

No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan Ber-AKHLAK	Kontribusi terhadap Visi/Misi Organisasi	Penguatan Nilai Ber-AKHLAK di Organisasi
1.	Melakukan konsultasi dan meminta rekomendasi kepada mentor.	1.Menyiapkan bahan konsultasi yang disampaikan kepada mentor secara rapi dan detail.	1.Tersedianya bahan konsultasi yang disampaikan kepada mentor.	• **Berorientasi Pelayanan,** saya menyiapkan bahan konsultasi secara rapi dan detail menunjukkan bahwa mengutamakan kebutuhan dan masukan mereka untuk memastikan pelaksanaan aktualisasi berjalan sesuai harapan. Selain itu dapat memudahkan mentor untuk memberikan masukan yang lebih efektif dan bermanfaat.	Konsultasi dan meminta rekomendasi kepada mentor membantu merumuskan SOP transfer pasien yang lebih efektif, mempercepat alur layanan, dan meningkatkan profesionalisme petugas, sehingga mendukung pelayanan cepat dan berkualitas	Dengan adanya kegiatan ini dapat memperkuat nilai organisasi yaitu Berorientasi Pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif.

				• **Akuntabel,** saya menyiapkan bahan secara terperinci menunjukkan tanggung jawab dan transparansi dalam proses konsultasi. • **Kompeten,** saya memberi persiapan yang matang dan detail mencerminkan kompetensi dalam pekerjaan saya. • **Harmonis,** saya menyusun bahan dengan rapi dan detail dapat menciptakan komunikasi yang efektif dan mengurangi potensi	sesuai dengan visi RSUD Suryah Khairuddin.dengan SOP yang lebih optimal, waktu tunggu berkurang, resiko perburukan kondisi pasien menurun dan kepuasan pasien serta keluarga meningkat sesuai dengan Misi RSUD Suryah Khairuddin.	

				konflik atau miskomunikasi. • **Loyal,** saya menyiapkan bahan dan menyusun rencana dengan cermat dapat mencerminkan keseriusan dalam mencapai tujuan Bersama. • **Adaptif,** saya menggunakan teknologi informasi dalam membuat kegiatan aktualisasi. • **Kolaboratif,** saya menyiapkan bahan yang rapi dan detail membantu		

				memperlancar proses kolaborasi antara saya dan mentor. Ini memastikan bahwa semua pihak terlibat memiliki pemahaman yang sama dan dapat bekerja sama lebih efektif.		
		2. Melakukan konsultasi rencana pelaksanaan aktualisasi.	2.Tersedianya catatan arahan pelaksanaan penulisan aktualisasi.	• **Akuntabel,** saya melakukan konsultasi rencana pelaksanaan yang jelas menunjukkan tanggung jawab dalam mengelola dan melaksanakan SOP lama waktu tunggu pasien di IGD.		

				• **Kompeten,** saya memberikan yang terbaik tentang optimalisasi SOP waktu tunggu pasien di IGD. • **Harmonis,** saya melakukan konsultasi dengan mentor melalui pendekatan yang kooperatif dan saling menghormati membantu menciptakan suasana kerja yang positif. • **Loyal,** saya menyusun rencana dengan serius untuk menunjukkan loyalitas terhadap mentor yang memberikan bimbingan.		

				• **Adaptif,** saya menggunakan sarana teknologi (presentasi, dokumen digital) dan menyesuaikan rencana kerja dengan kondisi lapangan berdasarkan masukan yang diberikan. • **Kolaboratif,** saya konsultasi adalah bentuk kerja sama aktif antara ASN dan mentor untuk menghasilkan program aktualisasi yang lebih efektif dan berkelanjutan.		
		3.Meminta persetujuan	3. Tersedianya catatan arahan	• **Berorientasi Pelayanan,** saya		

		mentor terkait pelaksanaan aktualisasi sebagai hasil dari penyusunan mandiri peserta sesuai Laporan Kegiatan Aktualisasi.	dan persetujuan pelaksanaan penulisan aktualisasi.	meminta persetujuan dari mentor menunjukkan bahwa mengutamakan kebutuhan dan masukan mereka untuk memastikan pelaksanaan aktualisasi berjalan sesuai harapan. • **Akuntabel,** saya menerima surat persetujuan dan melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab. • **Harmonis,** saya mengajukan permohonan persetujuan dengan		

				cara yang sopan dan professional membantu menjaga hubungan yang harmonis dengan mentor. • **Loyal,** saya menyusun rencana dengan serius untuk menunjukkan loyalitas terhadap mentor yang memberikan bimbingan..		
2.	Membuat draft SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke	1. Mencari dan mereview referensi dari PMK serta penelitian terdahulu terkait lama waktu tunggu	1. Tersedianya data dan informasi yang di butuhkan untuk keperluan pembuatan	• **Berorientasi Pelayanan**, saya mencari referensi dari PMK dan penelitian untuk memastikan SOP yang disusun berfokus pada peningkatan mutu	Kegiatan membuat draft SOP dengan mencari studi pendahuluan terhadap lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke ruang	

	Ruang Rawat Inap.	transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap.	SOP lama waktu tunggu pasien di IGD.	layanan dan keselamatan pasien. • **Akuntabel,** saya melakukan proses pencatatan dan pengumpulan data secara sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan, mendukung transparansi pelayanan. • **Kompeten,** saya menunjukkan kemampuan dalam menggali informasi, memahami proses kerja, dan menyiapkan dasar perbaikan berbasis data.	rawat inap berkontribusi dalam menyediakan informasi awal yang akurat dan objektif sebagai dasar pembuatan SOP alur pelayanan. Hal ini mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang cepat dan tepat, memperkuat sistem manajemen berbasis data,	

				• **Loyal,** saya memastikan referensi mendukung kebijakan dan visi misi rumah sakit serta regulasi resmi pemerintah (PMK). • **Adaptif,** saya menyesuaikan diri dengan perkembangan ilmu, teknologi, dan kebijakan terbaru; siap mengadopsi praktik terbaik dari berbagai sumber.	serta mencerminkan profesionalisme ASN dalam mendukung pencapaian visi RSUD Suryah Khairuddin sebagai rumah sakit yang bermutu, profesional, dan terjangkau bagi masyarakat	
		2. Melakukan penyusunan draft SOP lama waktu tunggu pasien.	2.Tersusunnya Draft SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke	• **Berorientasi Pelayanan, saya m**enyusun SOP dengan tujuan utama mempercepat alur		

			Ruang Rawat Inap.	pelayanan pasien, sehingga waktu tunggu lebih singkat dan pelayanan lebih berkualitas. • **Akuntabel,** saya Menyusun draft SOP berdasarkan data valid, referensi resmi (PMK, pedoman Kemenkes), dan hasil konsultasi; proses terdokumentasi dengan baik. • **Kompeten,** saya menunjukkan kemampuan analisis regulasi dan praktik terbaik dalam pembuatan SOP yang		

				sesuai standar mutu rumah sakit. • **Loyal**, saya menyusunan SOP mendukung visi misi RSUD Suryah Khairuddin untuk memberikan pelayanan yang profesional, bermutu, dan berkesinambungan.. • **Adaptif,** saya menyesuaikan isi SOP dengan kondisi aktual rumah sakit serta perkembangan kebijakan pelayanan terbaru.		

		3. Melakukan konsultasi kepada mentor terkait draft SOP lama waktu tunggu.	3.Didapatkan masukan, koreksi, dan persetujuan awal untuk tahap pembahasan lebih lanjut dari mentor.	• **Berorientasi Pelayanan,** saya melakukan konsultasi untuk memastikan draft SOP benar-benar meningkatkan kualitas layanan, mempercepat waktu tunggu, dan mengutamakan keselamatan pasien. • **Akuntabel,** saya menyampaikan draft SOP, data pendukung, dan hasil analisis dengan transparan; terbuka terhadap koreksi dan masukan; seluruh proses konsultasi terdokumentasi.		

				• **Kompeten,** saya menunjukkan pemahaman tentang substansi SOP dan regulasi pelayanan; mampu menjawab pertanyaan mentor terkait isi draft dan alur prosesnya. • **Harmonis,** saya membangun komunikasi yang santun dan menghargai pendapat mentor; menjaga hubungan kerja yang kondusif untuk mencapai kesepakatan perbaikan SOP.		

				• **Loyal,** saya melakukan konsultasi untuk memastikan kesesuaian SOP dengan kebijakan dan visi misi RSUD Suryah Khairuddin. • **Adaptif,** saya menyesuaikan isi SOP sesuai masukan mentor dan perkembangan kebutuhan layanan rumah sakit; fleksibel terhadap perubahan kebijakan. • **Kolaboratif,** saya melibatkan mentor sebagai mitra strategis		
3.	Melakukan sosialisasi	1. Melakukan konsultasi	1.Tersedianya catatan arahan	• **Berorientasi Pelayanan,** saya	Hasil kegiatan ini berkontribusi	

	SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin.	dengan mentor terkait pelaksanaan sosialisasi.	dari mentor terkait sosialisasi.	melakukan konsultasi untuk memastikan pelaksanaan sosialisasi SOP lama waktu tunggu pasien di IGD dapat dilakukan dengan efektif. • **Akuntabel,** saya memastikan bahwa perencanaan dan pelaksanaan sosialisasi dilakukan secara bertanggung jawab, terdokumentasi dengan baik, dan dapat dipertanggungjawabkan. • **Kompeten,** saya menunjukkan kemampuan untuk	langsung dalam mendukung misi RSUD Suryah Khairuddin untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja manajemen rumah sakit. SOP yang diusulkan bertujuan memperjelas alur kerja, mempercepat proses transfer pasien, dan meminimalkan keterlambatan pelayanan,	

				meningkatkan pengetahuan dan kemampuan, baik dalam hal teknis maupun pendekatan komunikasi. • **Adaptif,** saya menyesuaikan isi materi sosialisai sesuai masukan mentor dan perkembangan kebutuhan layanan rumah sakit. • **Kolaboratif,** saya melibatkan mentor sebagai mitra strategis • **Loyal**, saya menunjukkan dedikasi dalam memperbaiki sistem pelayanan sesuai	sehingga berdampak positif terhadap kepuasan dan keselamatan pasien. Langkah ini juga mencerminkan profesionalisme ASN dalam mendorong pelayanan yang bermutu dan terjangkau sesuai visi rumah sakit.	

				dengan kebijakan dan tujuan rumah sakit.		
		2. Melakukan sosialisasi kepada unit terkait yaitu IGD, Rawat Inap, Radiologi, laboratorium, admisi/rekam medis.	• Tersedianya dokumentasi sosialisasi kepada unit terkait yaitu IGD, Rawat Inap, Radiologi, laboratorium, admisi/rekam medis.	• **Berorientasi Pelayanan**, saya melakukan sosialisasi SOP bertujuan meningkatkan kualitas layanan dengan memastikan alur transfer pasien yang cepat dan efisien. • **Akuntabel,** saya melakukan sosialisasi untuk meningkatkan kesadaran semua pihak tentang tanggung jawab masing-masing dalam penerapan SOP.		

				• **Kompeten,** saya memberikan pemahaman terhadap prosedur baru agar staf mampu menjalankan tugas secara profesional. • **Harmonis,** saya membangun komunikasi dan kerja sama lintas unit dalam satu alur pelayanan. • **Adaptif,** saya merespons permasalahan waktu tunggu dengan inovasi SOP baru. • **Kolaboratif,** saya mengajak seluruh		

				pemangku kepentingan (IGD, rawat inap, admisi) untuk berkontribusi dalam diskusi dan penyempurnaan SOP. • **Loyal,** saya mendukung kebijakan rumah sakit dan memastikan implementasi SOP yang sesuai arah organisasi.		
		3. Melaporkan hasil sosialisasi kepada mentor.	• Tersedianya catatan arahan dari mentor terkait hasil sosialisasi.	• **Akuntabel,** saya melaporkan hasil sosialisasi dengan penuh tanggung jawab. • **Adaptif,** saya memberikan pelaporan yang mungkin melibatkan penyesuaian berdasarkan umpan		

				balik yang diterima dari mentor. • **Kolaboratif,** saya melaporkan hasil kepada mentor menjadi proses kolaboratif Dimana saya bekerja sama untuk mengevaluasi dan menyempurnakan hasil sosialisasi. • **Loyal,** saya mengikuti arahan dan bimbigan mentor sepenuh hati.		
4.	Melakukan pemantauan kepatuhan SOP lama waktu tunggu	1. Mengumpulkan dan mengolah semua data dari rekam medis pasien.	1. Dokumentasi rekam medis waktu pasien datang dan pasien keluar	• **Berorientasi pelayanan**, saya melakukannya agar hasil analisis dapat digunakan untuk		

	transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap.		dari IGD ke rawat inap.	mempercepat waktu tunggu dan meningkatkan kualitas pelayanan pasien. • **Akuntabel**, saya menyajikan hasil data secara transparan, akurat, terdokumentasi, dan dapat dipertanggungjawabkan. • **Kompeten,** saya menunjukkan keterampilan analisis data untuk menyajikan informasi dengan jelas dan informatif. • **Loyal**, saya menyusun data yang mendukung pelayanan yang lebih		

				baik, menunjukkan loyalitas terhadap visi misi rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan. • **Kolaboratif,** saya melibatkan tim lintas unit (IGD, rawat inap, manajemen mutu) untuk memverifikasi hasil data agar sesuai dengan kondisi nyata di lapangan.		
		2. Melakukan analisis data yang di dapatkan mengenai lama	2. Tersedianya laporan berisi data rata-rata waktu tunggu pasien di IGD.	• **Berorientasi pelayanan**, saya melakukan analisis data dilakukan untuk menemukan akar masalah keterlambatan		

		waktu tunggu pasien di IGD .		transfer pasien dan merumuskan perbaikan alur pelayanan agar lebih cepat dan berkualitas. • **Akuntabel**, saya melakukan analisis didasarkan pada data valid, terdokumentasi, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan sebagai dasar penyusunan SOP. • **Kompeten,** saya menunjukkan keterampilan analisis data dan pembuatan visual (diagram/grafik) untuk menyajikan		

				informasi dengan jelas dan informatif. • **Loyal**, saya melakukan analisis mendukung kebijakan RSUD Suryah Khairuddin dalam meningkatkan mutu pelayanan sesuai visi dan misi rumah sakit.		
		3. Melaporkan hasil analisis data kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap kepada mentor.	3.Tersedianya catatan arahan dari mentor terkait kepatuhan SOP lama waktu tunggu pasien.	• **Akuntabel,** saya melaporkan hasil analisis dengan penuh tanggung jawab. • **Adaptif,** saya memberikan pelaporan yang mungkin melibatkan penyesuaian berdasarkan umpan		

				balik yang diterima dari mentor. • **Kolaboratif,** saya melaporkan hasil kepada mentor menjadi proses kolaboratif Dimana saya bekerja sama untuk mengevaluasi dan menyempurnakan hasil analisis. • **Loyal,** saya mengikuti arahan dan bimbigan mentor sepenuh hati.		
5.	Mengevaluasi dan melaporkan hasil	1. Melakukan evaluasi dengan membandingan hasil yang	1.Tersedianya laporan perbandingan hasil yang didapat dengan	• **Berorientasi Pelayanan,** saya melalukan evaluasi guna untuk meningkatkan kualitas pelayanan	Hasil kegiatan ini memberikan kontribusi dalam memastikan implementasi	

	penerapan aktualisasi.	didapat dengan standar waktu tunggu pada SOP.	standar waktu tunggu pada SOP.	kepada pasien, khususnya dalam mempercepat proses pemindahan dari IGD ke rawat inap. • **Akuntabel,** saya melakukan evaluasi hasil dengan transparan dan akurat, hasilnya dapat dipertanggungjawabkan kepada manajemen dan public. • **Kompeten,** saya menggunakan pengetahuan dan keterampilan analisis data serta memahami SOP untuk	standar pelayanan berjalan sesuai prosedur, sehingga mendukung misi RSUD Suryah Khairuddin dalam meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja manajemen. Melalui pemantauan ini, potensi hambatan dapat diidentifikasi lebih dini untuk segera ditindaklanjuti, yang pada	

				menghasilkan evaluasi yang valid dan bermanfaat. • **Loyal,** saya mendukung evaluasi untuk kepatuhan terhadap kebijakan dan visi-misi rumah sakit. • **Adaptif,** Saya menindaklanjuti hasil evaluasi dengan menyesuaikan inovasi jika ditemukan ketidaksesuaian dengan SOP.	akhirnya mendorong terciptanya pelayanan kesehatan yang cepat, tepat, dan profesional, sesuai dengan visi rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat.	
		2. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait hasil	2.Tersedianya masukan dari mentor terkait hasil evaluasi	• **Berorientasi Pelayanan,** saya melakukan konsultasi agar hasil evaluasi dapat		

		evaluasi kepatuhan SOP lama waktu tunggu pasien di IGD.	kepatuhan SOP lama waktu tunggu pasien di IGD.	digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan pasien, khususnya dalam mempercepat proses transfer dari IGD ke Rawat Inap. • **Akuntabel,** saya ber tanggung jawab terhadap hasil evaluasi dan memastikan bahwa proses analisis dan pelaporannya dilakukan secara transparan dan dapat dipertanggungjawabkan. • **Kompeten,** saya meningkatkan kemampuan dalam		

				mengevaluasi dan menangani masalah pelayanan kesehatan, khususnya manajemen IGD. • **Harmonis,** saya menjaga hubungan kerja yang harmonis dan saling menghargai pendapat serta masukan dari mentor. • **Adaptif,** saya terbuka terhadap masukan dari mentor dan siap menyesuaikan hasil evaluasi dengan kebutuhan serta dinamika di lapangan.		

				• **Kolaboratif,** saya melaporkan hasil kepada mentor menjadi proses kolaboratif Dimana saya bekerja sama untuk mengevaluasi dan menyempurnakan hasil evaluasi.		
		3. Melakukan perbaikan terkait masukan dan arahan yang telah diterima.	3. Tersedianya dokumentasi pemasangan SOP lama waktu tunggu di papan informasi petugas di unit terkait.	• **Berorientasi Pelayanan,** Saya merespons dan memperbaiki berdasarkan masukan menunjukkan komitmen saya untuk meningkatkan kualitas layanan.	-	

				• **Akuntabel,** Saya memastikan bahwa setiap masukan yang diterima ditindaklanjuti dengan cepat dan dapat dipertanggungjawabkan, memperlihatkan integritas dalam menjalankan tugas. • **Adaptif,** Saya menyesuaikan dan melakukan perbaikan berdasarkan masukan menunjukkan fleksibilitas dan kesiapan Saya untuk menghadapi perubahan. • **Kolaboratif,** Dalam proses perbaikan saya		

				bekerja sama dengan rekan kerja atau pihak terkait, menciptakan sinergi untuk hasil yang lebih baik.		

Tabel 4.2 Matriks Pelaksanaan Aktualisasi

C. Matriks Rekapitulasi Realisasi Habituasi NND PNS (BerAKHLAK)

Tabel 4.3 Matriks Rekapitulasi Habituasi

No.	Mata Pelatihan	Kegiatan										Jumlah Aktualisasi per MP	
		Ke-1		Ke-2		Ke-3		Ke-4		Ke-5			
		Rancangan	Realisasi	Rancangan	Realisasi	Rancangan	Realisasi	Rancangan	Realisasi	Rancangan	Realisasi	Rancangan	Realisasi
1.	Berorientasi Pelayanan	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	12	12
2.	Akuntabel	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
3.	Kompeten	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	11	11
4.	Harmonis	3	3	1	1	1	1	0	0	1	1	6	6
5.	Loyal	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	13	13
6.	Adaptif	2	2	3	3	3	3	1	1	3	3	12	12
7.	Kolaboratif	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	10	10
Jumlah MP yang di Aktualisasikan per Kegiatan		7	7	7	7	7	7	6	6	7	7	79	79

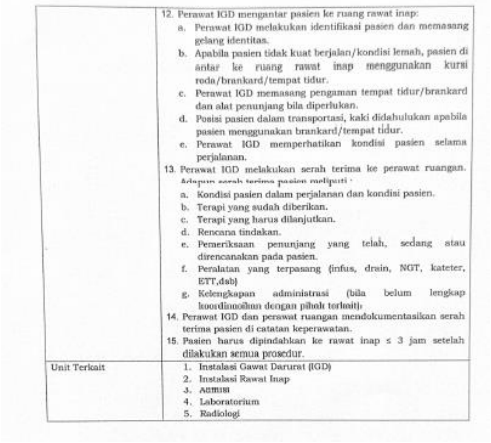
D. Capaian Penyelesaian Core Isu

Perbandingan kondisi sebelum dan sesudah aktualisasi optimalisasi SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap di RSUD Suryah Khairuddin dapat dilihat dari beberapa aspek berikut :

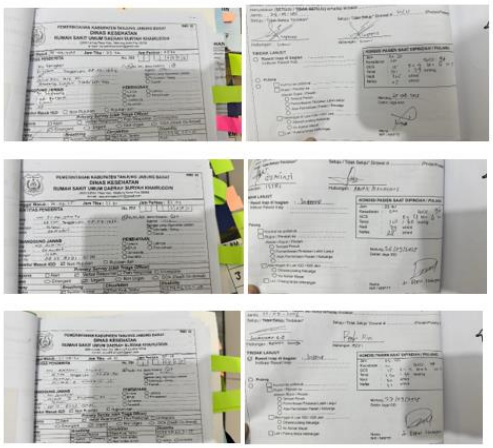
Tabel 4.4 Capaian Penyelesaian Core Isu

<table>
<tr><th colspan="2">Kondisi Core Isu</th></tr>
<tr><th>Sebelum Aktualisasi</th><th>Sesudah Aktualisasi</th></tr>
<tr><td>1. SOP lama waktu tunggu
Belum tersedia Standar Operasional Prosedur (SOP) yang secara rinci mengatur mengenai lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap. Akibatnya, tidak ada acuan baku yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk memastikan bahwa proses transfer berjalan sesuai standar mutu pelayanan rumah sakit maupun regulasi Kementerian Kesehatan.</td><td>1. SOP lama waktu tunggu
Telah tersusun dan diterapkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas mengenai lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap dengan standar maksimal 3 jam. SOP ini menjadi pedoman resmi yang wajib dipatuhi oleh seluruh tenaga kesehatan sehingga alur pelayanan lebih terarah, seragam, dan sesuai standar mutu rumah sakit.
Gambar SOP Lama Waktu Tunggu Transfer Pasien dari IGD ke Rawat Inap

RSUD SURYAH KHAIRUDDIN KAB.TANJUNG JABUNG BARAT
LAMA WAKTU TUNGGU TRANSFER PASIEN IGD KE RAWAT INAP
No. Dokumen : 090/RSUD.Dr./1441/2025 | Revisi ke : | Halaman : 1/2
STANDAR POSEDUR OPERASIONAL | Tanggal Terbit : 15 September 2025 | Direktur dr. ARWIN AGUS NIP.19730818 200804 1 001
Pengertian: Proses pelayanan medis pasien, terhitung sejak pasien mendapatkan layanan gawat darurat, melakukan pemeriksaan penunjang, keputusan rawat inap yang di tetapkan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), hingga pasien dipindahkan ke ruang rawat inap harus diselesaikan dalam waktu ≤ 3 jam.
Tujuan: Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap.
Kebijakan: Keputusan Direktur RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat.
Prosedur Kerja:
1. Pasien ditriase oleh petugas IGD dengan respon time <5 menit dari pasien datang (dokter atau perawat)
2. Keluarga pasien mendaftar di pendaftaran IGD dengan standar pelayanan < 15 menit.
3. Perawat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan bila perlu pemeriksaan penunjang oleh dokter IGD.
a. Pemeriksaan laboratorium patologi klinik waktu tunggu hasil laboratorium ≤ 60 menit.
b. Pemeriksaan radiologi waktu tunggu hasil rontgen thorax ≤ 60 menit.
4. Dokter IGD memberikan perintah saran rawat inap kepada keluarga pasien berdasarkan indikasi medis hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang dilakukan.
5. Pasien dan keluarga melakukan diskusi untuk mengambil keputusan setuju atau tidak untuk rawat inap.
6. Dokter IGD menghubungi DPJP sesuai dengan kondisi kegawatan dan kedaruratan pasien untuk melakukan konsultasi.
7. Perawat IGD mendapatkan berkas rekam medik rawat inap dari Admisi.
8. Perawat dan Dokter mengisi kelengkapan rekam medis pasien.
9. Perawat menghubungi ruang rawat inap yang akan dituju untuk memastikan tempat sudah tersedia dan dalam keadaan siap pakai serta memastikan bahwa pasien boleh di antar ke ruangan tersebut maksimal 30 menit setelah perawat menelpon.
10. Perawat IGD mengisi formulir check list transfer internal.
11. Perawat IGD melakukan evaluasi ulang pasien (GCS, tanda-tanda vital, skala nyeri).</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
<table>
<tr><td></td><td>12. Perawat IGD mengantar pasien ke ruang rawat inap:
a. Perawat IGD melakukan identifikasi pasien dan memasang gelang identitas.
b. Apabila pasien tidak kuat berjalan/kondisi lemah, pasien di antar ke ruang rawat inap menggunakan kursi roda/brankard/tempat tidur.
c. Perawat IGD memasang pengaman tempat tidur/brankard dan alat penunjang bila diperlukan.
d. Posisi pasien dalam transportasi, kaki didahulukan apabila pasien menggunakan brankard/tempat tidur.
e. Perawat IGD memperhatikan kondisi pasien selama perjalanan.
13. Perawat IGD melakukan serah terima ke perawat ruangan. Adapun serah terima pasien meliputi :
a. Kondisi pasien dalam perjalanan dan kondisi pasien.
b. Terapi yang sudah diberikan.
c. Terapi yang harus dilanjutkan.
d. Rencana tindakan.
e. Pemeriksaan penunjang yang telah, sedang atau direncanakan pada pasien.
f. Peralatan yang terpasang (infus, drain, NGT, kateter, ETT,dsb)
g. Kelengkapan administrasi (bila belum lengkap koordinasikan dengan pihak terkait).
14. Perawat IGD dan perawat ruangan mendokumentasikan serah terima pasien di catatan keperawatan.
15. Pasien harus dipindahkan ke rawat inap ≤ 3 jam setelah dilakukan semua prosedur.</td></tr>
<tr><td>Unit Terkait</td><td>1. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
2. Instalasi Rawat Inap
3. Admisi
4. Laboratorium
5. Radiologi</td></tr>
</table></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Koordinasi Lintas Unit
Koordinasi antara unit IGD, rawat inap, admisi/rekam medis, laboratorium, dan radiologi masih berjalan kurang efektif. Setiap unit cenderung bekerja sendiri-sendiri sehingga alur pelayanan pasien tidak terintegrasi dengan baik. Akibatnya, proses transfer pasien seringkali terhambat karena menunggu hasil pemeriksaan, ketersediaan kamar, maupun administrasi.</td>
<td>2. Koordinasi Lintas Unit
Koordinasi antar unit mengalami peningkatan setelah dilakukan sosialisasi SOP dan pembagian peran masing-masing unit. IGD, rawat inap, laboratorium, radiologi, serta admisi/rekam medis kini memiliki pemahaman yang sama mengenai alur transfer pasien, sehingga proses berjalan lebih cepat dan hambatan dapat diminimalisasi.

Gambar pelaksanaan sosialisasi di unit laboratorium dan radiologi</td>
</tr>
</table>

	  Gambar pelaksanaan sosialisasi di unit IGD dan Rawat Inap
3. Kepatuhan Petugas Belum terdapat mekanisme kontrol yang mengatur kepatuhan tenaga kesehatan terhadap SOP, sehingga pelaksanaan pelayanan masih bersifat subjektif dan tidak seragam. Hal ini menimbulkan ketidakkonsistenan dalam waktu tunggu transfer pasien.	3. Kepatuhan Petugas Dengan adanya SOP terbaru yang telah disesuaikan dengan kondisi lapangan, petugas menjadi lebih disiplin dalam menjalankan SOP. Tanggung jawab setiap tenaga kesehatan lebih jelas, dan pelaksanaan transfer pasien menjadi lebih konsisten sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Gambar rekam medis pasien yang berisi waktu pasien datang dan pasien di pindahkan ke rawat inap  Gambar foto rekam medis pasien yang berisi waktu pasien datang dan pasien dipindahkan ke rawat inap

E. Manfaat Terselesaikannya Core Isu

Berikut adalah manfaat dari terselesaikannya core isu “Optimalisasi SOP Lama Waktu Tunggu Transfer Pasien dari IGD ke Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin” bagi berbagai pihak :

1. Manfaat bagi Penulis :
    a. Peningkatan kompetensi professional

        Penulis memperoleh pengalaman langsung dalam mengidentifikasi isu pelayanan, menganalisis akar masalah, hingga menyusun SOP, sehingga keterampilan manajerial dan teknis semakin berkembang.

    b. Penguatan nilai ASN BerAKHLAK

        Melalui pelaksanaan aktualisasi, penulis dapat mempraktikkan nilai berorientasi pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, loyal, adaptif, dan kolaboratif secara nyata di lingkungan kerja.

    c. Penguasaan Keterampilan Baru

        Penulis terlatih dalam mengolah data, serta melakukan sosialisasi lintas unit, sehingga lebih siap menghadapi tantangan pekerjaan di masa depan.

    d. Peningkatan Integritas dan Loyalitas

        Dengan keberhasilan implementasi, penulis menumbuhkan rasa tanggung jawab yang lebih tinggi sebagai ASN dalam melayani masyarakat melalui mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik.

2. Manfaat bagi Instansi (RSUD Suryah Khairuddin)
    a. Tersusunnya SOP terbaru.

        Rumah sakit kini memiliki SOP baku terkait lama waktu tunggu transfer pasien IGD ke rawat inap (≤ 3 jam) sehingga mutu pelayanan lebih terstandarisasi dan dapat dievaluasi secara berkala.

    b. Tersedianya data konkrit untuk evaluasi

        Manajemen memiliki bukti nyata berupa data-data lama waktu tunggu yang dapat dipakai untuk monitoring kinerja dan perbaikan berkelanjutan.

    c. Meningkatkan koordinasi lintas unit

        Unit IGD, Rawat Inap, Laboratorium, radiologi dan admisi/rekam medis lebih terintegrasi karena masing-masing memahami perannya dalam alur transfer pasien.

    d. Peningkatan citra rumah sakit.

        Dengan waktu tunggu yang lebih singkat, rumah sakit dinilai lebih profesional, bermutu, dan terpercaya oleh masyarakat, sesuai visi RSUD sebagai rumah sakit unggulan dan kepercayaan publik.

3. Manfaat bagi Stakeholder
    a. Peningkatan kualitas pelayanan pasien

        Pasien mendapatkan perawatan lebih cepat ke ruang rawat inap sehingga pelayanan lebih aman, nyaman, dan sesuai standar maksimal 3 jam.

b. Kepuasan keluarga pasien

   Proses pelayanan yang lebih cepat dan teratur meningkatkan kepuasan keluarga, sekaligus mengurangi kecemasan karena pasien segera mendapat perawatan yang lebih layak.

c. Meningkatkan kepercayaan masyarakat

   Masyarakat merasakan adanya perbaikan pelayanan kesehatan, yang berdampak pada meningkatnya kepercayaan terhadap pelayanan publik pemerintah daerah.

d. Kemudahan bagi stakeholder eksternal

   Pihak BPJS, asuransi, dan pemerintah daerah terbantu karena data pelayanan lebih lengkap dan akurat, sehingga proses klaim serta evaluasi kebijakan menjadi lebih lancar.

F. Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi

Tabel 4.5 Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi

No	Kegiatan	Output	Durasi dan waktu	Para pihak terlibat	Sumber dana	ket
1.	Evaluasi berkala implementasi SOP lama waktu tunggu transfer pasien	Laporan hasil evaluasi kepatuhan SOP serta rekomendasi perbaikan	Setiap 3 bulan sekali	Manajemen RSUD, Tim Mutu, Karu IGD, Karu Rawat Inap, Karu Rekam Medis, Karu Laboratorium, Karu Radiologi.	-	-
2.	Penyusunan laporan evaluasi lama waktu tunggu transfer pasien sebagai indikator mutu rumah sakit	Laporan indikator mutu RSUD yang dilaporkan ke manajemen	Setiap 6 bulan sekali	Tim Mutu RS, Bidang Pelayanan Medis, Direktur RSUD	-	-

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Aktualisasi/Habituasi Mata Pelatihan

a. Kegiatan 1

Melakukan konsultasi dan meminta rekomendasi kepada mentor terkait kegiatan aktualisasi. Dalam kegiatan ini diterapkan nilai : Berorientasi Pelayanan, saya menyiapkan bahan konsultasi untuk memudahkan mentor untuk memberikan masukan yang lebih efektif dan bermanfaat.

Akuntabel, saya melakukan konsultasi untuk menjelaskan rencana pelaksanaan dengan jelas terhadap kepatuhan SOP lama waktu tunggu.

Kompeten, saya mempelajari tentang SOP lama waktu tunggu serta bagaimana cara meningkatkan kepatuhan SOP lama waktu tunggu di IGD.

Harmonis, saya melakukan konsultasi dengan mentor dan saling menghormati membantu menciptakan suasa kerja yang positif.

Loyal, saya menjelaskan rencana pelaksanaan aktualisasi untuk menunjukkan loyalitas terhadap mentor yang memberikan bimbingan.

Adaptif, saya berusaha untuk memberikan ide dengan menyesuaikan kondisi dilapangan.

Kolaboratif, saya melakukan konsultasi melibatkan kerjasama antara saya dan mentor dalam merumuskan dan mengimplementasikan rencana pembuatan SOP lama waktu tunggu pasien di IGD dengan lebih efektif.

b. Kegiatan 2

Membuat draft SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap.

Berorientasi Pelayanan, saya mencari referensi dari PMK dan penelitian untuk memastikan SOP yang disusun berfokus pada peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien.

Akuntabel, saya melakukan proses pencatatan dan pengumpulan data secara sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan, mendukung transparansi pelayanan.

Kompeten, saya menunjukkan kemampuan dalam menggali informasi, memahami proses kerja, dan menyiapkan dasar perbaikan berbasis data.

Harmonis, saya menyusun Draft dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan dan unit terkait, membangun komunikasi kerja yang baik.

Loyal, saya saya memastikan referensi mendukung kebijakan dan visi misi rumah sakit serta regulasi resmi pemerintah (PMK).

Adaptif, saya saya menyesuaikan diri dengan perkembangan ilmu, teknologi, dan kebijakan terbaru; siap mengadopsi praktik terbaik dari berbagai sumber.

Kolaboratif, saya Menyusun draft SOP Bersama dengan mentor dan atas masukan dari lintas unit (IGD, rawat inap, laboratorium, radiologi, administrasi)

c. Kegiatan 3

Melakukan sosialisasi SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin.

Berorientasi Pelayanan, saya melakukan sosialisasi memastikan seluruh petugas memahami SOP sehingga pelayanan transfer pasien menjadi lebih cepat, tepat, dan nyaman bagi pasien serta keluarga.

Akuntabel, saya menyampaikan informasi secara terbuka, jelas, dan dapat dipertanggungjawabkan sehingga tidak menimbulkan multitafsir dalam pelaksanaan SOP.

Kompeten, saya Menunjukkan penguasaan materi dan kemampuan menyampaikan informasi secara efektif, meningkatkan kompetensi tim dalam melaksanakan SOP.

Harmonis, saya melakukan sosialisasi dengan komunikasi yang baik, menghargai pendapat perawat/petugas, serta menciptakan suasana kerja yang kondusif.

Loyal, saya mencerminkan kesetiaan pada kebijakan rumah sakit dan mendukung upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Adaptif, saya melakukan sosialisasi disesuaikan dengan kondisi lapangan, kebutuhan perawat/petugas, serta perkembangan teknologi informasi agar lebih mudah dipahami.

Kolaboratif, saya melibatkan lintas unit kerja (IGD, rawat inap, laboratorium, radiologi, administrasi) sehingga seluruh pihak memiliki pemahaman yang sama dalam penerapan SOP

d. Kegiatan 4

Melakukan pemantauan kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap.

Berorientasi Pelayanan, saya melakukan pemantauan memastikan SOP dijalankan sesuai standar, sehingga pasien mendapatkan layanan cepat, aman, dan berkualitas.

Akuntabel, saya mencatat hasil pemantauan agar dapat dipertanggungjawabkan sebagai bahan evaluasi kinerja layanan.

Kompeten, saya melakukan pemantauan dengan kemampuan observasi, analisis data, serta pemahaman SOP yang baik, sehingga hasilnya akurat dan bermanfaat.

Harmonis, saya menjalin komunikasi yang baik dengan petugas, tanpa menyalahkan, melainkan mendorong perbaikan bersama.

Loyal, saya Menunjukkan komitmen mendukung kebijakan rumah sakit untuk meningkatkan mutu layanan sesuai visi dan misi organisasi.

Adaptif, saya menyesuaikan metode pemantauan dengan kondisi lapangan

Kolaboratif, saya membahas hasilnya bersama mentor agar tercapai kesamaan pemahaman dan komitmen dalam memperbaiki layanan.

e. Kegiatan 5

Mengevaluasi dan melaporkan hasil penerapan aktualisasi.

Berorientasi Pelayanan, saya memastikan kegiatan yang dilakukan benar-benar memberi manfaat nyata bagi peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Akuntabel, saya Menyusun laporan berdasarkan data nyata, transparan, serta dapat dipertanggungjawabkan sebagai bentuk tanggung jawab kinerja.

Kompeten, saya Melatih kemampuan analisis, menyusun laporan yang sistematis, serta menguasai teknik evaluasi agar hasilnya akurat dan relevan.

Harmonis, saya menghargai pendapat semua pihak, menjaga komunikasi yang baik, dan membangun suasana kerja yang positif.

Loyal, saya Melaporkan hasil penerapan aktualisasi menunjukkan komitmen dan kesetiaan dalam mendukung tujuan organisasi serta kebijakan pimpinan

Adaptif, saya menyesuaikan dinamika kebutuhan organisasi, perkembangan teknologi, serta kondisi pelayanan yang terus berubah.

Kolaboratif, saya melibatkan masukan dari mentor, rekan kerja, dan unit terkait untuk menghasilkan laporan yang lebih komprehensif.

2. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu

Adapun gagasan kreatif penyelesaian Core isu “Belum optimalnya SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap di RSUD Suryah Khairuddin” yaitu “Optimalisasi dengan membuat SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke rawat inap di RSUD Suryah Khairuddin”

3. Capaian Hasil Penyelesaian Core Isu

Setelah dilakukan optimalisasi melalui pembuatan SOP lama waktu tungu transfer pasien di IGD ke rawat inap yang telah disesuaikan dengan

kondisi lapangan, petugas menjadi lebih disiplin dalam menjalankan SOP. Tanggung jawab setiap tenaga kesehatan di unit terkait menjadi lebih jelas, dan pelaksanaan transfer pasien menjadi lebih konsisten, cepat dan efektif sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

B. Rekomendasi

1. Untuk Penyelenggaraan Pelatihan

Harapan kepada penyelenggara kedepannya selama proses habituasi peserta dan coach tetap melaksanakan kegiatan zoommeeting untuk meninjau serta melaporkan kegiatan penulisan laporan aktualisasi peserta Pelatihan Dasar Calon Pegawai Negeri Sipil

2. Untuk Instansi Asal Peserta

Diharapkan OPD terkait lebih dapat meningkatkan perhatian dan dukungan terhadap kegiatan Pelatihan Dasar agar peserta dapat mengembangkan potensi dan kemampuan diri selama kegiatan pelatihan dasar berlangsung.

DAFTAR PUSTAKA

Undang-Undang. (2009). *Undang-Undang Nomor 44 Tentang Rumah Sakit.*

Permenkes. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.*

Permenkes. (2009). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856 tentang Standar Instalasi Gawat Darirat (IGD) Rumah Sakit.*

Barry Render, H. d. (2009). *Manajemen Operasi Buku I Edisi 9.* Salemba 4.

Milda, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Waiting Time pada Pasien Triage Kuning.

Pakaya, V. (2020). Emergency Respond Time, Waktu Tunggu, Waktu Tunggu Rawat Jalan dan Kekerasan pada Perawat Rumah Sakit. *journal of public healt and community medicine*, https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/ijphcm/article/view/29867/28922.

Laporan Minggu ke -1

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 1	Melakukan konsultasi dan meminta rekomendasi kepada mentor terkait kegiatan aktualisasi.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	1 September – 7 September 2025
Daftar Lampiran Kegiatan	1. Bahan konsultasi kepada mentor. 2. Catatan dan arahan bimbingan dari mentor. 3. Surat persetujuan kegiatan melaksanakan penulisan laporan aktualisasi.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	**Tahap Kegiatan 1** **Menyiapkan bahan konsultasi yang disampaikan kepada mentor dengan rapi dan lengkap.** **Akuntabel**, Saya menyiapkan bahan secara terperinci menunjukkan tanggung jawab dalam proses konsultasi. **Kompeten**, Saya mempelajari bahan yang saya buat terlebih dahulu menunjukkan semangat belajar yang tinggi. **Loyal,** Saya menyiapkan bahan konsultasi dapat menunjukkan komitmen dalam mencapai tujuan bersama. **Adaptif**, saya menyiapkan bahan konsultasi dengan rapi dan lengkap, dalam proses menyiapkan bahan saya akan menggunakan teknologi berupa file dalam bentuk *Microsoft Word*. **Tahapan Kegiatan 2** **Melakukan konsultasi rencana pelaksanaan aktualisasi.**

	Kompeten, Saya mempelajari tentang SOP lama waktu tunggu, kemudian saya konsultasikan kepada mentor. **Harmonis,** Saya melakukan konsultasi dengan mentor dengan komunikasi yang efekfif dan saling menghormati sehingga mengurangi miskomunikasi antara saya dan mentor. **Adaptif**, Saya menerima dengan antusias perubahan dan masukan yang diberikan oleh mentor. **Kolaboratif,** saya melakukan konsultasi adalah bentuk kerja sama aktif antara ASN dan mentor untuk menghasilkan program aktualisasi yang lebih efektif dan berkelanjutan **Tahap Kegiatan 3** **Meminta persetujuan mentor terkait pelaksanaan aktualisasi.** **Berorientasi Pelayanan,** Saya meminta persetujuan dari mentor, menunjukkan bahwa mengutamakan kebutuhan dan masukan mentor untuk memastikan pelaksanaan aktualisasi berjalan sesuai harapan sehingga terwujudnya kepuasan masyarakat. **Akuntabel**, Saya menerima persetujuan dan melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab berupa menjalankan proses aktualisasi dengan bersungguh-sungguh. **Harmonis,** Saya mengajukan permohonan persetujuan dengan cara yang sopan dan profesional membantu menjaga hubungan yang harmonis dengan mentor. **Loyal**, Saya menyusun rencana dengan serius untuk menunjukkan loyalitas terhadap mentor yang memberikan bimbingan.

	Kolaboratif, Saya mendapatkan persetujuan pelaksanaan penulisan aktualisasi menunjukkan terjadinya kerjasama antara saya dan mentor.
Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence	**Tahap Kegiatan 1** **Menyiapkan bahan konsultasi yang disampaikan kepada mentor dengan rapi dan lengkap.** Penulis menyusun bahan konsultasi dan definisi operational lama waktu tunggu dalam bentuk dokumen yang rapi dan lengkap termasuk materi, rencana pelaksanaan dan timeline setiap kegiatan. Bukti Fisik/Evidence: Draft dokumen konsultasi: File word bahan konsultasi yang akan disampaikan kepada mentor. **Tahapan Kegiatan 2** **Melakukan konsultasi rencana pelaksanaan penulisan aktualisasi.** Penulis menyampaikan rencana pelaksanaan aktualisasi kepada mentor melalui table jadwal aktualisasi. Selama konsultasi berlangsung terdapat berbagai masukan dan rekomendasi dari mentor terkait dari rencana tersebut. Selanjutnya penulis mencatat semua masukan dan rekomendasi dari mentor untuk perbaikan rencana. Bukti fisik/evidence: Notulen pertemuan : catatan hasil pertemuan yang mencakup semua masukan dan rekomendasi dari mentor.

	Tahap Kegiatan 3 **Meminta persetujuan mentor terkait pelaksanaan aktualisasi.** Penulis akan melakukan pengetikan terhadap surat persetujuan aktualisasi sebagai dasar yang akan digunakan dalam kegiatan. Kemudian melakukan pengajuan persetujuan aktualisasi kepada mentor untuk mendapatkan persetujuan. Bukti Fisik/Evidence: Surat persetujuan: surat yang telah disiapkan untuk persetujuan yang kemudian di tandatangani oleh mentor.
Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan	Berikut adalah deskripsi mengenai proses dan kualitas produk dari kegiatan 1: 1. Menyiapkan bahan konsultasi yang disampaikan kepada mentor dengan rapi dan lengkap. Proses: Mengumpulkan informasi terkait rencana pelaksanaan aktualisasi, yaitu berupa pengertian lama waktu. Bahan konsultasi ini juga memuat rencana pelaksanaan dan timeline setiap kegiatan. Kualitas Produk: Bahan konsultasi yang disusun memiliki isi yang jelas dan mudah dipahami, serta mencakup aspek penting dari rencana pelaksanaan. 2. Melakukan konsultasi rencana pelaksanaan penulisan aktualisasi.

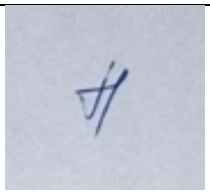
	Proses: Saya memastikan bahan konsultasi sudah siap sebelum pertemuan. Kemudian menyampaikan rencana pelaksanaan aktualisasi secara jelas dan terstruktur kepada mentor. Lalu selanjutnya mendiskusikan setiap tahapan kegiatan dari rencana tersebut, menerima masukan atau koreksi dari mentor, dan mengajukan pertanyaan jika ada hal yang kurang jelas. Kualitas Produk: Konsultasi berlangsung dengan lancar dan menghasilkan pemahaman bersama antara penulis dan mentor mengenai rencana yang akan dilaksanakan. 3. Meminta persetujuan mentor terkait pelaksanaan aktualisasi. Proses: Setelah mendapatkan masukan mentor dan menyusun kembali rencana pelaksanaan, saya menyiapkan surat izin pelaksanaan aktualisasi untuk ditandatangi oleh mentor. Kualitas Produk: Mendapatkan persetujuan resmi dari mentor untuk melanjutkan ke tahap pelaksanaan aktualisasi. Dalam melaksanakan kegiatan ini saya telah menerapkan nilai-nilai dasar ASN dalam setiap tahapan kegiatan yaitu, Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif.
Manfaat kegiatan terhadap pencapaian	Berikut adalah manfaat dari kegiatan yang disebutkan, dikaitkan dengan visi RSUD Suryah Khairuddin “Terwujudnya Rumah Sakit Unggulan dan

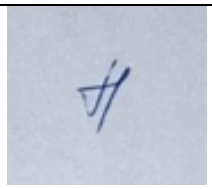
visi, misi, dan tugas organisasi	Kepercayaan Masyarakat" dan misinya "Memberikan Pelayanan yang Bermutu Sesuai Standar yang Disepakati". • Memberikan Pelayanan yang Bermutu: Dengan menyiapkan bahan konsultasi yang rapi dan lengkap, saya dapat memastikan rencana pemberian pelayanan bermutu disusun dengan baik sehingga dapat diimplementasikan dengan benar. • Memberikan Pelayanan sesuai Standar: Bahan yang disiapkan dengan baik memungkinkan mentor memberikan saran yang tepat untuk strategi memberikan pelayanan sesuai standar sehingga kejadian yang tidak diharapkan dapat dihindari.
Analisis dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan Nilai Dasar ASN	Berikut adalah analisis dampak dari kegiatan yang diaktualisasikan tidak berdasarkan pada nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK (Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) **Tahap Kegiatan 1** **Menyiapkan bahan konsultasi yang disampaikan kepada mentor dengan rapi dan lengkap.** **Akuntabel**, Tanpa akuntabilitas, penyusunan bahan konsultasi tidak bersumber dari data atau informasi yang akurat. **Kompeten**, Jika tidak memiliki kompeten, maka bahan sosialisasi akan disusun dengan pemahaman yang kurang mendalam, sehingga solusi tidak efektif.

	Loyal, Tanpa loyalitas saya mungkin tidak sepenuhnya memberikan waktu saya untuk menyusun bahan konsultasi. **Adaptif**, Tanpa adaptif mungkin saya masih akan menyiapkan bahan konsultasi dengan metode tulisan tangan. **Tahapan Kegiatan 2** **Melakukan konsultasi rencana pelaksanaan aktualisasi.** **Akuntabel**, Tanpa akuntabilitas dalam konsultasi akan menyebabkan tidak bertanggungjawabnya saya terhadap kegiatan ini sehingga mentor sulit memahami pelaksanaan kegiatan ini. **Kompeten**, Jika kompetensi tidak ada, maka mungkin saya tidak mampu menjawab pertanyaan dari mentor selama diskusi berlangsung sehingga pelaksaan aktualisasi tidak lancar. **Harmonis,** Tanpa harmonis maka saya dan mentor selama diskusi mungkin saja bisa terjadi komunikasi yang tidak efektif. **Adaptif**, Tanpa adaptasi saya mungkin akan sulit menerima masukan dan saran dari tutor terhadap kebutuhan atau perubahan dalam proses aktualisasi. **Kolaboratif,** Tanpa kolaboratif, konsultasi bisa berjalan secara sepihak, tanpa mempertimbangkan pendapat atau saran mentor dan mengurangi kualitas hasil akhir. **Tahap Kegiatan 3** **Meminta persetujuan mentor terkait pelaksanaan aktualisasi.** **Berorientasi Pelayanan,** Tanpa berorientasi pelayanan saya mungkin akan focus pada persetujuan kegiatan

	tanpa memastikan bahwa kegiatan ini benar bermanfaat bagi masyarakat. **Akuntabel**, Tanpa akuntabel persetujuan mungkin diminta tanpa transparansi yang berujung pada pelaksanaan yang tidak sesuai yang diharapkan. **Harmonis,** Tanpa harmonis dalam proses permintaan persetujuan bisa diwarnai ketidaksepakatan yang berujung pada merusak hubungan kerja. **Loyal**, Tanpa loyalitas, saya mungkin tidak benar-benar berkomitmen pada pelaksanaan rencana yang sudah disetujui. **Kolaboratif,** Tanpa kolaboratif tidak akan terwujudnya persetujuan dari mentor dalam proses perizinin kegiatan aktualisasi ini.

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Senin, 1 September 2025	Silahkan lanjutkan, disesuaikan dengan waktunya.	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor	

2.	Selasa, 2 September 2025	Silahkan lanjutkan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan	Surat persetujuan melaksanakan kegiatan aktualisasi	
3				

c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Coach
1.				
2.				
3.				

Kelengkapan Kegiatan:

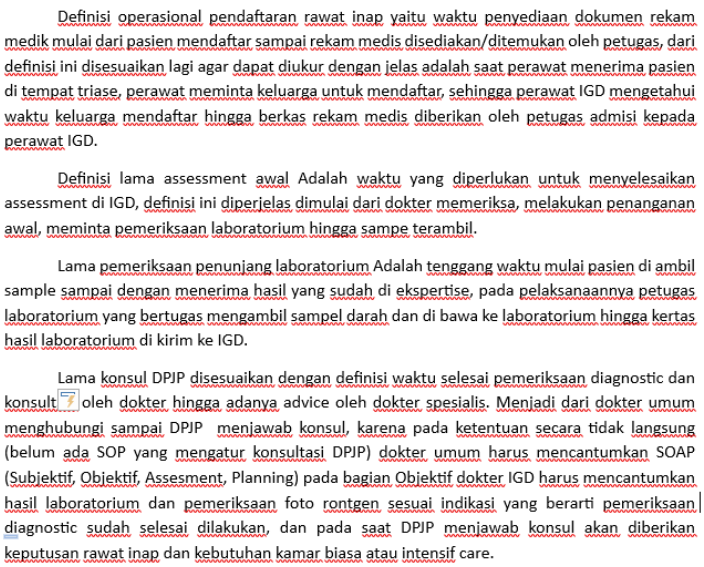
Dokumentasi Pelaksanaan Kegiatan



Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Senin, 1 September 2025	Silahkan lanjutkan disesuaikan dengan waktunya.	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor	
2.	Selasa, 2 September 2025	Silahkan lanjutkan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan	Surat Persetujuan melaksanakan kegiatan aktualisasi	
3.				
4.				
5.				

Gambar Konsultasi Rencana Pelaksanaan Aktualisasi
Dan Meminta Persetujuan Pelaksanaan Aktualisasi

Dokumen Output/HasilKegiatan



Definisi operasional pendaftaran rawat inap yaitu waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas, dari definisi ini disesuaikan lagi agar dapat diukur dengan jelas adalah saat perawat menerima pasien di tempat triase, perawat meminta keluarga untuk mendaftar, sehingga perawat IGD mengetahui waktu keluarga mendaftar hingga berkas rekam medis diberikan oleh petugas admisi kepada perawat IGD.

Definisi lama assessment awal Adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan assessment di IGD, definisi ini diperjelas dimulai dari dokter memeriksa, melakukan penanganan awal, meminta pemeriksaan laboratorium hingga sampe terambil.

Lama pemeriksaan penunjang laboratorium Adalah tenggang waktu mulai pasien di ambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertise, pada pelaksanaannya petugas laboratorium yang bertugas mengambil sampel darah dan di bawa ke laboratorium hingga kertas hasil laboratorium di kirim ke IGD.

Lama konsul DPJP disesuaikan dengan definisi waktu selesai pemeriksaan diagnostic dan konsult oleh dokter hingga adanya advice oleh dokter spesialis. Menjadi dari dokter umum menghubungi sampai DPJP menjawab konsul, karena pada ketentuan secara tidak langsung (belum ada SOP yang mengatur konsultasi DPJP) dokter umum harus mencantumkan SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning) pada bagian Objektif dokter IGD harus mencantumkan hasil laboratorium dan pemeriksaan foto rontgen sesuai indikasi yang berarti pemeriksaan diagnostic sudah selesai dilakukan, dan pada saat DPJP menjawab konsul akan diberikan keputusan rawat inap dan kebutuhan kamar biasa atau intensif care.

Gambar Bahan Konsultasi



Catatan Arahan Mentor

Untuk pembuatan SOP di sarankan untuk membaca Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) mengenai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Dan disesuaikan dengan keadaan di RSUD Suryah Khairuddin.

Merlung, 01 September 2025

Mengetahui,

Mentor

TITIN PRIHATIN, SKM, MK

Gambar Catatan Arahan dari Mentor



PEMERINTAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG BARAT
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SURYAH KHAIRUDDIN
Jalan Lintas Timur Kec.Merlung Kode Pos 36554
e-mail : rsud.suryahkhairuddin@gmail.com

SURAT IZIN PELAKSANAAN AKTUALISASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : Titin Prihatin, SKM, MKM
NIP : 19770609 2005 01 2 005
Jabatan : Plt Kepala Seksi Pelayanan RSUD Suryah Khairuddin

Dengan ini mengizinkan dan menyetujui pelaksanaan aktualisasi yang akan dilaksanakan oleh :
Nama : dr. Riza Putri Octarianti
NIP : 19981027202504 2007
Jabatan : Dokter Ahli Pertama

Setelah melakukan konsultasi maka menyetujui pelaksanaan kegiatan aktualisasi pada RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat dengan judul "Optimalisasi Kepatuhan Lama Waktu Tunggu Transfer Pasien dari IGD ke Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin".

Adapun kegiatan yang akan dilakukan sebagai berikut:
1) Melakukan konsultasi dan meminta rekomendasi kepada mentor.
2) Melakukan pengumpulan data terkait lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin .
3) Mensosialisasikan form lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin.
4) Melakukan Pemantauan pelaksanaan kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin.
5) Mengevaluasi dan melaporkan hasil penerapan aktualisasi

Merlung, 3 September 2025
Mentor

TITIN PRIHATIN, SKM, MKM
NIP.19770609 200501 2 005

Gambar surat persetujuan pelaksanaan penulisan aktualisasi.

Lampiran 2. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-2

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 2	Membuat draft SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	08 September – 13 september 2025
Daftar Lampiran Kegiatan	1. Tersedianya data dan informasi yang di butuhkan untuk keperluan pembuatan SOP lama waktu tunggu pasien di IGD. 2. Tersusunnya Draft SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap. 3. Didapatkan masukan, koreksi, dan persetujuan awal untuk tahap pembahasan lebih lanjut dari mentor.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	**a. Tahap Kegiatan 1** **Mencari referensi dari PMK serta penelitian terdahulu terkait lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap.** **Berorientasi Pelayanan**, saya mencari referensi dari PMK dan penelitian untuk memastikan SOP yang disusun berfokus pada peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien. **Akuntabel,** saya melakukan proses pencatatan dan pengumpulan data secara sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan, mendukung transparansi pelayanan. **Kompeten,** saya menunjukkan kemampuan dalam menggali informasi, memahami proses kerja, dan menyiapkan dasar perbaikan berbasis data.

	Loyal, saya memastikan referensi mendukung kebijakan dan visi misi rumah sakit serta regulasi resmi pemerintah (PMK). **Adaptif,** saya menyesuaikan diri dengan perkembangan ilmu, teknologi, dan kebijakan terbaru; siap mengadopsi praktik terbaik dari berbagai sumber. **b. Tahap Kegiatan 2** **Melakukan penyusunan draft SOP lama waktu tunggu pasien.** **Berorientasi Pelayanan,** saya menyusun SOP dengan tujuan utama mempercepat alur pelayanan pasien, sehingga waktu tunggu lebih singkat dan pelayanan lebih berkualitas. **Akuntabel,** saya Menyusun draft SOP berdasarkan data valid, referensi resmi (PMK, pedoman Kemenkes), dan hasil konsultasi; proses terdokumentasi dengan baik. **Kompeten,** saya menunjukkan kemampuan analisis regulasi dan praktik terbaik dalam pembuatan SOP yang sesuai standar mutu rumah sakit **Loyal**, saya menyusunan SOP mendukung visi misi RSUD Suryah Khairuddin untuk memberikan pelayanan yang profesional, bermutu, dan berkesinambungan.. **Adaptif,** saya menyesuaikan isi SOP dengan kondisi aktual rumah sakit serta perkembangan kebijakan pelayanan terbaru. **c. Tahap Kegiatan 3** **Melakukan konsultasi kepada mentor terkait draft SOP lama waktu tunggu.**

	Berorientasi Pelayanan, saya melakukan konsultasi untuk memastikan draft SOP benar-benar meningkatkan kualitas layanan, mempercepat waktu tunggu, dan mengutamakan keselamatan pasien. **Akuntabel,** saya menyampaikan draft SOP, data pendukung, dan hasil analisis dengan transparan; terbuka terhadap koreksi dan masukan; seluruh proses konsultasi terdokumentasi. **Kompeten,** saya menunjukkan pemahaman tentang substansi SOP dan regulasi pelayanan; mampu menjawab pertanyaan mentor terkait isi draft dan alur prosesnya. **Harmonis,** saya membangun komunikasi yang santun dan menghargai pendapat mentor; menjaga hubungan kerja yang kondusif untuk mencapai kesepakatan perbaikan SOP. **Loyal,** saya melakukan konsultasi untuk memastikan kesesuaian SOP dengan kebijakan dan visi misi RSUD Suryah Khairuddin. **Adaptif,** saya menyesuaikan isi SOP sesuai masukan mentor dan perkembangan kebutuhan layanan rumah sakit; fleksibel terhadap perubahan kebijakan. **Kolaboratif,** saya melibatkan mentor sebagai mitra strategis Dalam melaksanakan kegiatan ini saya telah menerapkan nilai-nilai dasar ASN dalam setiap tahapan kegiatan yaitu, Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif.

Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence	**a. Tahap Kegiatan 1** **Mencari referensi dari PMK serta penelitian terdahulu terkait lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap.** Penulis melakukan studi literatur dan telaah regulasi, khususnya peraturan Menteri Kesehatan (PMK) tentang standar pelayanan IGD serta membaca beberapa jurnal lain mengenai lama waktu tunggu pasien di IGD. Bukti Fisik (Evidence) : PMK dan beberapa jurnal.
	b. Tahap Kegiatan 2 **Melakukan penyusunan draft SOP lama waktu tunggu pasien.** Penulis melakukan analisis kondisi aktual di RSUD Suryah Khairuddin, termasuk hambatan yang terjadi pada alur transfer pasien. Berdasarkan hasil analisis, penulis menyusun SOP lama waktu tunggu pasien dengan menetapkan batas maksimal waktu tunggu ≤ 3 jam serta mencantumkan peran masing-masing unit terkait. Bukti Fisik (Evidence) : Draft SOP lama waktu tunggu pasien di IGD.
	c. Tahap Kegiatan 3 **Melakukan konsultasi kepada mentor terkait draft SOP lama waktu tunggu.** Penulis mengajukan konsultasi kepada mentor, mempresentasikan isi draft SOP, menjelaskan alur yang telah disusun, serta menyampaikan dasar regulasi dan data pendukung. Mentor memberikan masukan mengenai penyesuaian istilah, penegasan

	alur kerja, serta penambahan poin pada mekanisme monitoring. Bukti Fisik (Evidence) : tanda tangan/paraft mentor pada draft SOP, dokumentasi foto kegiatan konsultasi.
Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan	Berikut Adalah deskripsi mengenai proses dan kualitas produk dari kegiatan 2 : a. Mencari referensi dari PMK serta penelitian terdahulu terkait lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap. Proses : Menelusuri PMK yang mengatur standar pelayanan IGD, khususnya mengenai waktu tunggu maksimal transfer pasien ke ruang rawat inap. mencari berbagai jurnal penelitian terdahulu baik nasional maupun internasional yang membahas faktor penyebab keterlambatan transfer pasien. Referensi ini kemudian dipelajari untuk menemukan praktik terbaik (*best practice*) yang relevan dan dapat diadopsi di RSUD Suryah Khairuddin. Kualitas Produk : Terkumpulnya bahan pustaka berupa dokumen PMK, pedoman standar pelayanan rumah sakit, serta jurnal penelitian. b. Melakukan penyusunan draft SOP lama waktu tunggu pasien. Proses : Draft SOP disusun dengan memuat: tujuan, ruang lingkup, definisi operasional, standar lama waktu tunggu (≤ 3 jam), alur kerja tiap unit (IGD, rawat inap, laboratorium, radiologi, admisi/rekam medis),

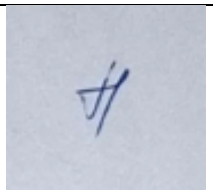
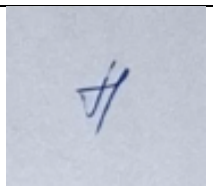
	dengan menyesuaikan kondisi lapangan di RSUD Suryah Khairuddin. Kualitas produk : Tersusunnya draft SOP yang memuat langkah-langkah operasional transfer pasien dari IGD ke ruang rawat inap. c. Melakukan konsultasi kepada mentor terkait draft SOP lama waktu tunggu. Proses : Melakukan konsultasi kepada mentor sebagai bagian dari proses validasi. penulis mempresentasikan isi draft SOP, menjelaskan alur yang disusun, serta dasar regulasi dan data yang digunakan. Mentor memberikan masukan terkait kejelasan alur kerja, ketegasan indikator mutu, serta perbaikan istilah teknis yang digunakan. Semua masukan tersebut dicatat oleh penulis untuk penyempurnaan draft SOP. Kualitas produk : Draft SOP menjadi lebih lengkap, jelas, dan sesuai kebutuhan pelayanan di rumah sakit.
Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi	Berikut adalah manfaat dari kegiatan yang disebutkan, dikaitkan dengan visi RSUD Suryah Khairuddin “Terwujudnya Rumah Sakit Unggulan dan Kepercayaan Masyarakat” dan misinya “Memberikan Pelayanan yang Bermutu Sesuai Standar yang Disepakati”. • Mencari Referensi dari PMK dan Penelitian Terdahulu : Menjadi dasar untuk pelayanan yang

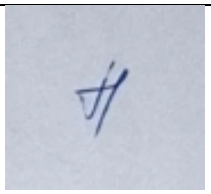
	lebih bermutu, konsisten, dan sesuai standar yang disepakati. • Menyusun Draft SOP Lama Waktu Tunggu Pasien : Menyediakan pedoman operasional yang jelas dan terukur, meningkatkan kualitas pelayanan dan citra rumah sakit sebagai unggulan.
Analisa dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS	Berikut adalah analisis dampak dari kegiatan yang diaktualisasikan tidak berdasarkan pada nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK (Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) : 1. Mencari referensi dari PMK serta penelitian terdahulu terkait lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap. Tanpa berorientasi Pelayanan: Referensi yang dicari tidak fokus pada kebutuhan peningkatan mutu pelayanan. SOP yang disusun menjadi kurang relevan. Tanpa Akuntabel: Tidak ada dasar regulasi dan penelitian yang jelas, sehingga hasil kerja sulit dipertanggungjawabkan. Tanpa Kompeten, Pengetahuan penyusun SOP terbatas, produk SOP berisiko tidak sesuai praktik terbaik. Tanpa Loyal, Pegawai tidak menunjukkan komitmen terhadap visi-misi RSUD dengan mengabaikan standar yang berlaku.

	Tanpa Adaptif**,** Tidak mampu menyesuaikan referensi dengan kebutuhan terkini rumah sakit, produk SOP menjadi usang. 2. Melakukan penyusunan draft SOP lama waktu tunggu pasien. Tanpa Berorientasi Pelayanan, SOP yang disusun tidak fokus pada kebutuhan peningkatan mutu layanan. Tanpa Akuntabel, Draft SOP tidak dapat di pertanggung jawabkan karena tidak jelas dasar regulasi dan alur kerjanya. Tanpa Kompeten, Penyusunan SOP dilakukan tanpa keahlian memadai, sehingga produk tidak aplikatif. Tanpa Loyal, Penyusunan SOP tidak selaras dengan visi misi RSUD, sehingga mutu layanan tidak terjaga. Tanpa Adaptif, SOP yang dibuat tidak menyesuaikan perkembangan kebutuhan dan situasi lapangan. 3.Melakukan konsultasi kepada mentor terkait draft SOP lama waktu tunggu. Tanpa Berorientasi Pelayanan, Pasien tetap mengalami pelayanan lamban karena SOP tidak sesuai kebutuhan lapangan. Tanpa Akuntabel, Tidak ada transparansi dalam proses revisi SOP, sehingga produk akhir kurang dapat dipertanggungjawabkan. Tanpa Kompeten, Kesempatan meningkatkan pengetahuan melalui bimbingan mentor terabaikan, SOP kurang tepat dan tidak aplikatif.

	Tanpa Harmonis, Hubungan kerja dengan mentor dan atasan menjadi renggang, koordinasi internal melemah. Tanpa Loyal, Masyarakat menilai rumah sakit tidak berkomitmen dalam meningkatkan mutu pelayanan publik. Tanpa Adaptif, Tidak mampu menyesuaikan SOP dengan masukan baru, dokumen menjadi kaku dan tidak responsif. Tanpa Kolaboratif, Tidak terjalin kerja sama baik antara penyusun SOP dan mentor, hasil produk tidak optimal.

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Senin, 1 September 2025	Silahkan lanjutkan, disesuaikan dengan waktunya.	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor	
2.	Selasa, 2 September 2025	Silahkan lanjutkan sesuai dengan jadwal	Surat persetujuan melaksanakan	

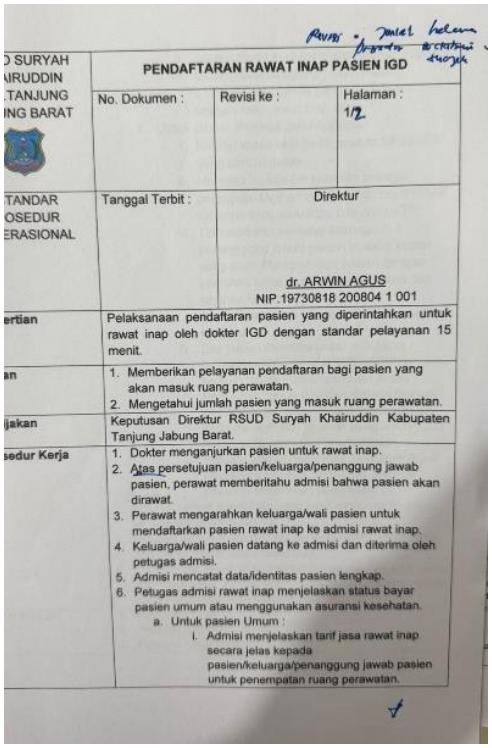
		yang telah direncanakan	kegiatan aktualisasi	
3	Kamis, 11 September 2025	Revisi bagian halaman dan dokter penanggung jawabnya di bagian pengertian.	Tersedianya draft SOP lama waktu tunggu pasien di IGD serta arahan dari mentor	

c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Coach
1.				
2.				
3.				

Kelengkapan Kegiatan:

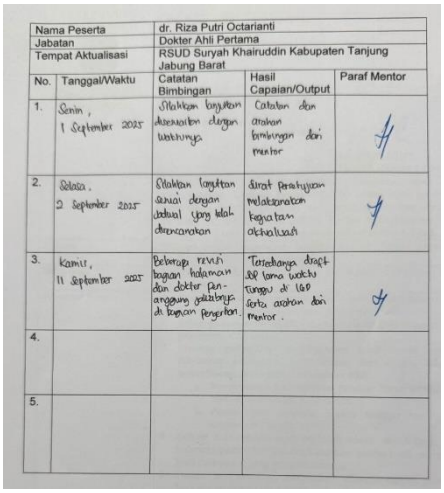
Dokumentasi Pelaksanaan Kegiatan



	PENDAFTARAN RAWAT INAP PASIEN IGD		
D SURYAH AIRUDDIN .TANJUNG ING BARAT	No. Dokumen :	Revisi ke :	Halaman : 1/2
TANDAR OSEDUR ERASIONAL	Tanggal Terbit :	Direktur dr. ARWIN AGUS NIP.19730818 200804 1 001	
ertian	Pelaksanaan pendaftaran pasien yang diperintahkan untuk rawat inap oleh dokter IGD dengan standar pelayanan 15 menit.		
an	1. Memberikan pelayanan pendaftaran bagi pasien yang akan masuk ruang perawatan. 2. Mengetahui jumlah pasien yang masuk ruang perawatan.		
jakan	Keputusan Direktur RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat.		
sedur Kerja	1. Dokter menganjurkan pasien untuk rawat inap. 2. Atas persetujuan pasien/keluarga/penanggung jawab pasien, perawat memberitahu admisi bahwa pasien akan dirawat. 3. Perawat mengarahkan keluarga/wali pasien untuk mendaftarkan pasien rawat inap ke admisi rawat inap. 4. Keluarga/wali pasien datang ke admisi dan diterima oleh petugas admisi. 5. Admisi mencatat data/identitas pasien lengkap. 6. Petugas admisi rawat inap menjelaskan status bayar pasien umum atau menggunakan asuransi kesehatan. a. Untuk pasien Umum : i. Admisi menjelaskan tarif jasa rawat inap secara jelas kepada pasien/keluarga/penanggung jawab pasien untuk penempatan ruang perawatan.		

Gambar draft SOP yang sudah di susun dan revisi dari mentor





Nama Peserta	dr. Riza Putri Octarianti			
Jabatan	Dokter Ahli Pertama			
Tempat Aktualisasi	RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat			
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Senin, 1 September 2025	Silahkan lanjutkan disesuaikan dengan waktunya	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor	
2.	Selasa, 2 September 2025	Silahkan lanjutkan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan	Surat persetujuan melaksanakan kegiatan aktualisasi	
3.	Kamis, 11 September 2025	Beberapa revisi bagian halaman dan dokter penanggung jawabnya di bagian pengertian	Terselesaikan draft SOP lama waktu tunggu di IGD serta arahan dari mentor.	
4.				
5.				

Gambar konsultasi mengenai draft SOP dengan mentor.

Dokumen Output/HasilKegiatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Menimbang : a. bahwa dengan berlakunya Otonomi Daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintah yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajad kesehatan masyarakat diwilayahnya;

b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada mayarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan



FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN *WAITING TIME* PADA PASIEN *TRIAGE* KUNING

Milda Aprilian Sari[1], Susi Erianti[2], Erna Marni[3]
[1,2,3]Program Studi Keperawatan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
Email: *mildaapriliansari1004@gmail.com*

ABSTRAK

Waiting time diartikan rentang waktu kedatangan pasien *emergency* yang diukur mulai dari pasien datang sampai ditransfer keruangan lain. Penumpukan pasien (*overcrowded*) merupakan masalah yang sering terjadi di Instalasi Gawat Darurat yang dapat menyebabkan waktu tunggu yang lama. Waktu tunggu yang baik dapat meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan yang lebih kepada pasien. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan *waiting time* pada pasien *triage* kuning di IGD RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang masuk IGD pada *triage* kuning dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *concecutive sampling* sebanyak 85 responden. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi dan metode *Check List*. Hasil bivariat dengan uji *chi-square* didapatkan bahwa dari empat faktor yang dianalisa terdapat faktor yang berhubungan dengan *waiting time* adalah waktu kembalinya hasil pemeriksaan laboratorium. Sedangkan faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan *waiting time* pada pasien *triage* kuning yaitu rasio perbandingan perawat dengan pasien pershift, sarana prasarana, dan administrasi. Diharapkan kepada pihak manajemen RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau untuk terus mengontrol performa pelayanan pada pemeriksaan penunjang yaitu waktu tunggu kembalinya hasil pemeriksaan laboratorium agar tidak melebihi standar yang telah ditetapkan oleh rumah sakit sehingga dapat mengurangi waktu *boarding* pasien yang memanjang.

Kata kunci: Pasien *triage* kuning, *Waiting Time*

Gambar studi literatur dari PMK dan jurnal

RSUD SURYAH KHAIRUDDIN KAB.TANJUNG JABUNG BARAT	LAMA WAKTU TUNGGU TRANSFER PASIEN IGD KE RAWAT INAP		
	No. Dokumen : SPO/RSUD SK./1491/2015	Revisi ke :	Halaman : 1/2
STANDAR POSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 13 September 2025	Direktur dr. ARWIN AGUS NIP.19730818 200804 1 001	

Pengertian	Proses pelayanan medis pasien, terhitung sejak pasien mendapatkan layanan gawat darurat, melakukan pemeriksaan penunjang, keputusan rawat inap yang di tetapkan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), hingga pasien dipindahkan ke ruang rawat inap harus diselesaikan dalam waktu ≤ 3 jam
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap.
Kebijakan	Keputusan Direktur RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat.
Prosedur Kerja	1. Pasien ditriase oleh petugas IGD dengan respon time <5 menit dari pasien datang (dokter atau perawat) 2. Keluarga pasien mendaftar di pendaftaran IGD dengan standar pelayanan < 15 menit. 3. Perawat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan bila perlu pemeriksaan penunjang oleh dokter IGD. a. Pemeriksaan laboratorium patologi klinik waktu tunggu hasil laboratorium ≤ 60 menit. b. Pemeriksaan radiologi waktu tunggu hasil rontgen thorax ≤ 60 menit. 4. Dokter IGD memberikan perintah saran rawat inap kepada keluarga pasien berdasarkan indikasi medis hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang dilakukan. 5. Pasien dan keluarga melakukan diskusi untuk mengambil keputusan setuju atau tidak untuk rawat inap. 6. Dokter IGD menghubungi DPJP sesuai dengan kondisi kegawatan dan kedaruratan pasien untuk melakukan konsultasi. 7. Perawat IGD mendapatkan berkas rekam medik rawat inap dari Admisi. 8. Perawat dan Dokter mengisi kelengkapan rekam medis pasien. 9. Perawat menghubungi ruang rawat inap yang akan dituju untuk memastikan tempat sudah tersedia dan dalam keadaan siap pakai serta memastikan bahwa pasien boleh di antar ke ruangan tersebut maksimal 30 menit setelah perawat menelpon. 10. Perawat IGD mengisi formulir check list transfer internal. 11. Perawat IGD melakukan evaluasi ulang pasien (GCS, tanda-tanda vital, skala nyeri).

	12. Perawat IGD mengantar pasien ke ruang rawat inap: a. Perawat IGD melakukan identifikasi pasien dan memasang gelang identitas. b. Apabila pasien tidak kuat berjalan/kondisi lemah, pasien di antar ke ruang rawat inap menggunakan kursi roda/brankard/tempat tidur. c. Perawat IGD memasang pengaman tempat tidur/brankard dan alat penunjang bila diperlukan. d. Posisi pasien dalam transportasi, kaki didahulukan apabila pasien menggunakan brankard/tempat tidur. e. Perawat IGD memperhatikan kondisi pasien selama perjalanan. 13. Perawat IGD melakukan serah terima ke perawat ruangan. Adapun serah terima pasien meliputi : a. Kondisi pasien dalam perjalanan dan kondisi pasien. b. Terapi yang sudah diberikan. c. Terapi yang harus dilanjutkan. d. Rencana tindakan. e. Pemeriksaan penunjang yang telah, sedang atau direncanakan pada pasien. f. Peralatan yang terpasang (infus, drain, NGT, kateter, ETT,dsb) g. Kelengkapan administrasi (bila belum lengkap koordinasikan dengan pihak terkait). 14. Perawat IGD dan perawat ruangan mendokumentasikan serah terima pasien di catatan keperawatan. 15. Pasien harus dipindahkan ke rawat inap ≤ 3 jam setelah dilakukan semua prosedur.
Unit Terkait	1. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 2. Instalasi Rawat Inap 3. Admisi 4. Laboratorium 5. Radiologi

Gambar draft SOP yang telah disetujui oleh mentor

Lampiran 3. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-3

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 3	Melakukan sosialisasi SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap di RSUD Suryah Khairuddin.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	15 September – 20 september 2025
Daftar Lampiran Kegiatan	1.Tersedianya catatan arahan dari mentor terkait sosialisasi. 2. Tersedianya dokumentasi sosialisasi kepada unit terkait yaitu IGD, Rawat Inap, Radiologi, laboratorium, admisi/rekam medis. 3.Tersedianya catatan arahan dari mentor terkait hasil sosialisasi.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	**a.Tahap Kegiatan 1** **Melakukan konsultasi dengan mentor terkait pelaksanaan sosialisasi.** **Berorientasi Pelayanan**, saya melakukan konsultasi untuk memastikan pelaksanaan sosialisasi SOP lama waktu tunggu pasien di IGD dapat dilakukan dengan efektif **Akuntabel,** saya memastikan bahwa perencanaan dan pelaksanaan sosialisasi dilakukan secara bertanggung jawab, terdokumentasi dengan baik, dan dapat dipertanggungjawabkan. **Kompeten,** saya menunjukkan kemampuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan, baik dalam hal teknis maupun pendekatan komunikasi.

	Loyal, , saya menunjukkan dedikasi dalam memperbaiki sistem pelayanan sesuai dengan kebijakan dan tujuan rumah sakit. **Adaptif,** saya menyesuaikan isi materi sosialisai sesuai masukan mentor dan perkembangan kebutuhan layanan rumah sakit. **Kolaboratif,** saya melibatkan mentor sebagai mitra strategis **b. Tahap Kegiatan 2** **Melakukan sosialisasi kepada unit terkait yaitu IGD, Rawat Inap, Radiologi, laboratorium, admisi/rekam medis** **Berorientasi Pelayanan**, saya melakukan sosialisasi SOP bertujuan meningkatkan kualitas layanan dengan memastikan alur transfer pasien yang cepat dan efisien. **Akuntabel,** saya melakukan sosialisasi untuk meningkatkan kesadaran semua pihak tentang tanggung jawab masing-masing dalam penerapan SOP. **Kompeten,** saya memberikan pemahaman terhadap prosedur baru agar staf mampu menjalankan tugas secara profesional. **Harmonis,** saya membangun komunikasi dan kerja sama lintas unit dalam satu alur pelayanan. **Adaptif,** saya merespons permasalahan waktu tunggu dengan inovasi SOP baru. **Kolaboratif,** saya mengajak seluruh pemangku kepentingan (IGD, rawat inap, admisi) untuk berkontribusi dalam diskusi dan penyempurnaan SOP.

	Loyal, saya mendukung kebijakan rumah sakit dan memastikan implementasi SOP yang sesuai arah organisasi. **Tahap Kegiatan 3** **Melaporkan hasil sosialisasi kepada mentor.** **Akuntabel,** saya melaporkan hasil sosialisasi dengan penuh tanggung jawab. **Adaptif,** saya memberikan pelaporan yang mungkin melibatkan penyesuaian berdasarkan umpan balik yang diterima dari mentor. **Kolaboratif,** saya melaporkan hasil kepada mentor menjadi proses kolaboratif Dimana saya bekerja sama untuk mengevaluasi dan menyempurnakan hasil sosialisasi. **Loyal,** saya mengikuti arahan dan bimbigan mentor sepenuh hati. Dalam melaksanakan kegiatan ini saya telah menerapkan nilai-nilai dasar ASN dalam setiap tahapan kegiatan yaitu, Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif.
Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence	**a. Tahap Kegiatan 1** **Melakukan konsultasi dengan mentor terkait pelaksanaan sosialisasi.** Penulis melakukan diskusi langsung dengan mentor, penyampaian rencana sosialisasi (tujuan, sasaran unit, materi, dan metode), serta pencatatan arahan dan masukan yang diberikan. Bukti Fisik (Evidence) : dokumentasi foto saat sosialisasi di unit-unit terkait.

	b.Tahap Kegiatan 2 **Melakukan sosialisasi kepada unit terkait yaitu IGD, Rawat Inap, Radiologi, Laboratorium, dan Admisi/Rekam Medis** Penulis melakukan sosialisasi dengan menyampaian materi draft SOP kepada unit-unit terkait, diskusi kelompok, dan tanya jawab untuk menyamakan persepsi Bukti Fisik (Evidence) : daftar hadir, dokumentasi foto kegiatan.
	c. Tahap Kegiatan 3 **Melaporkan hasil sosialisasi kepada mentor** Penulis menyusunan laporan hasil sosialisasi yang memuat daftar peserta, materi yang disampaikan, masukan dari unit terkait, serta kendala yang dihadapi. Laporan kemudian dipresentasikan kepada mentor dan didiskusikan tindak lanjutnya. Bukti Fisik (Evidence) : dokumentasi foto.
Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan	Berikut Adalah deskripsi mengenai proses dan kualitas produk dari kegiatan 3 : a. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait pelaksanaan sosialisasi. Proses : Penyusunan rencana sosialisasi yang berisi tujuan, sasaran unit, materi yang akan disampaikan, serta metode yang digunakan. Rencana tersebut kemudian dipresentasikan kepada mentor untuk mendapatkan arahan dan masukan. Dalam proses konsultasi, dilakukan diskusi dua arah sehingga penulis dapat memperbaiki aspek teknis, seperti pengaturan waktu pelaksanaan, metode

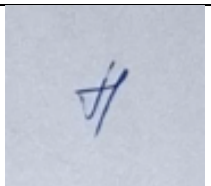
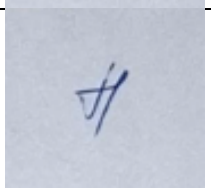
	penyampaian yang lebih efektif, dan hal-hal yang perlu ditekankan kepada peserta sosialisasi. Kualitas Produk : Rencana sosialisasi yang lebih matang, terarah, dan realistis untuk dilaksanakan. b. Melakukan Sosialisasi kepada Unit Terkait (IGD, Rawat Inap, Radiologi, Laboratorium, Admisi/Rekam Medis) Proses : Sosialisasi dilakukan dengan penulis melakukan sosialisasi di unit-unit yang terlibat langsung dalam alur transfer pasien. Kegiatan dimulai dengan penyampaian materi mengenai draft SOP lama waktu tunggu transfer pasien, dilanjutkan diskusi dan tanya jawab untuk menyamakan persepsi serta menggali masukan dari perawat/petugas. Kualitas produk : Meningkatnya pemahaman pegawai lintas unit mengenai standar lama waktu tunggu transfer pasien serta kesepahaman terhadap alur kerja yang baru. c. Melaporkan Hasil Sosialisasi kepada Mentor Proses : Setelah kegiatan sosialisasi selesai, penulis menyusun laporan tertulis yang memuat jumlah peserta, materi yang disampaikan, hasil diskusi, masukan dari unit terkait, serta kendala yang dihadapi selama pelaksanaan. Laporan tersebut kemudian dipresentasikan kepada mentor sebagai bentuk pertanggungjawaban, sekaligus untuk mendapatkan masukan lebih lanjut mengenai tindak

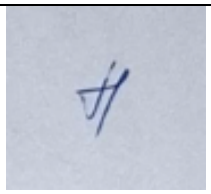
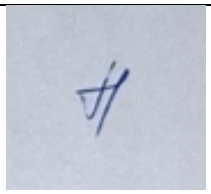
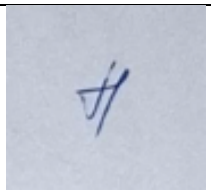
	lanjut, misalnya revisi SOP atau perencanaan sosialisasi tambahan. Kualitas produk : Daftar hadir perawat/petugas, tanda tangan/paraf mentor, serta dokumentasi penyerahan laporan.
Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi	Berikut adalah manfaat dari kegiatan yang disebutkan, dikaitkan dengan visi RSUD Suryah Khairuddin “Terwujudnya Rumah Sakit Unggulan dan Kepercayaan Masyarakat” dan misinya “Memberikan Pelayanan yang Bermutu Sesuai Standar yang Disepakati”. • Konsultasi dengan mentor : kegiatan ini memperkuat langkah RSUD menuju rumah sakit unggulan karena adanya validasi dan supervisi dari pihak berkompeten, sehingga meningkatkan kredibilitas kegiatan. • Sosialisasi kepada unit terkait: sosialisasi menjamin bahwa pelayanan bermutu dapat diberikan sesuai standar yang telah disepakati, karena seluruh unit memahami peran dan tanggung jawabnya dalam pelaksanaan SOP.
Analisa dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS	Berikut adalah analisis dampak dari kegiatan yang diaktualisasikan tidak berdasarkan pada nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK (Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) : 1. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait pelaksanaan sosialisasi.

	Tanpa Berorientasi Pelayanan, Rencana sosialisasi tidak fokus pada kebutuhan peningkatan mutu pelayanan. Tanpa Akuntabel, Tidak ada bukti validasi mentor, kegiatan sulit dipertanggungjawabkan. Tanpa Kompeten, Kesempatan meningkatkan pengetahuan dari arahan mentor terabaikan, rencana sosialisasi kurang tepat. Tanpa Loyal, Masyarakat menilai RSUD tidak serius menjaga mutu pelayanan publik. Tanpa Adaptif, Rencana sosialisasi tidak menyesuaikan masukan baru, menjadi kaku dan tidak relevan. 2. Melakukan sosialisasi kepada unit terkait yaitu IGD, Rawat Inap, Radiologi, laboratorium, admisi/rekam medis Tanpa Berorientasi Pelayanan, Sosialisasi tidak menekankan kebutuhan peningkatan mutu, unit tidak memahami tujuan SOP. Tanpa Akuntabel, Tidak ada dokumentasi atau bukti sosialisasi, sulit dipertanggungjawabkan. Tanpa Kompeten, Perawat/petugas tidak memahami SOP dengan baik, pelaksanaan di lapangan tidak seragam. Tanpa Harmonis, Tidak terjadi komunikasi efektif antarunit, menimbulkan miskomunikasi dan konflik. Tanpa Adaptif, Sosialisasi tidak menyesuaikan dengan kondisi lapangan, informasi yang disampaikan menjadi kaku dan tidak relevan.

	Tanpa Kolaboratif, Lintas unit tidak terlibat aktif, komitmen bersama tidak terbentuk. Tanpa Loyal, Pegawai kurang menunjukkan komitmen terhadap visi-misi RSUD, sosialisasi dianggap formalitas. 3. Melaporkan hasil sosialisasi kepada mentor. Akuntabel, Tidak ada bukti pertanggungjawaban kepada mentor, kegiatan terkesan formalitas. Adaptif, Tidak ada penyesuaian dari masukan mentor, perbaikan SOP dan sosialisasi terhenti. Kolaboratif, Tidak terjadi sinergi dengan mentor untuk perbaikan lebih lanjut, hasil sosialisasi tidak optimal. Loyal, Pegawai dianggap tidak mendukung visi-misi RSUD karena mengabaikan mekanisme pelaporan.

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Senin, 1 September 2025	Silahkan lanjutkan, disesuaikan dengan waktunya.	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor	
2.	Selasa, 2 September 2025	Silahkan lanjutkan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan	Surat persetujuan melaksanakan kegiatan aktualisasi	

3	Kamis, 11 September 2025	Revisi bagian halaman dan dokter penanggung jawabnya di bagian pengertian.	Tersedianya draft SOP lama waktu tunggu pasien di IGD serta arahan dari mentor	
4.	Senin, 15 September 2025	Pelaksanaan sosialisasi dilakukan di unit-unit terkait seperti IGD, Ruang Rawat Inap, Admisi, Laboratorium, Radiologi.	Catatan dan arahan dari mentor terkait pelaksanaan sosialisasi	
5.	Sabtu, 20 September 2025	Sosialisasi telah berjalan dengan baik dan pemantauan kepatuhan SOP lama waktu tunggu di IGD dimulai minggu depan.	Catatan dan arahan dari mentor terkait hasil sosialisasi	

c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Coach
1.				
2.				

Kelengkapan Kegiatan:

Dokumentasi Pelaksanaan Kegiatan

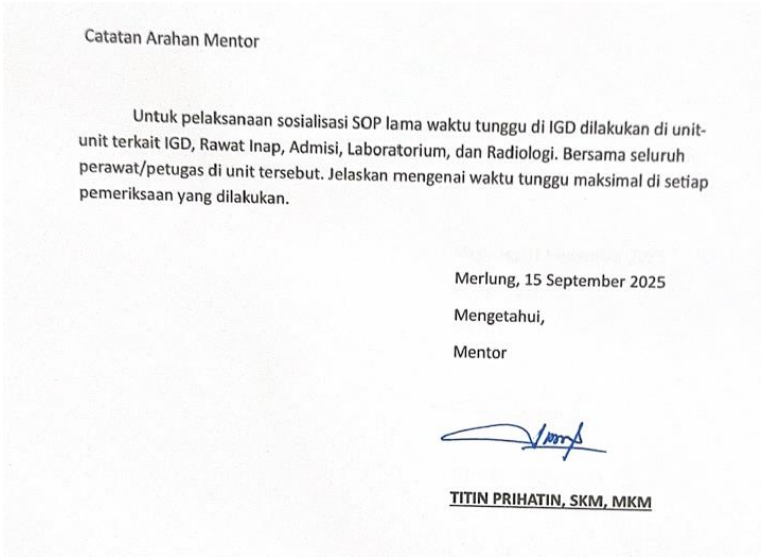


Gambar konsultasi dengan mentor terkait pelaksanaan sosialisasi



Gambar konsultasi dengan mentor terkait hasil sosialisasi

Dokumen Output/HasilKegiatan



Catatan Arahan Mentor

Untuk pelaksanaan sosialisasi SOP lama waktu tunggu di IGD dilakukan di unit-unit terkait IGD, Rawat Inap, Admisi, Laboratorium, dan Radiologi. Bersama seluruh perawat/petugas di unit tersebut. Jelaskan mengenai waktu tunggu maksimal di setiap pemeriksaan yang dilakukan.

Merlung, 15 September 2025

Mengetahui,

Mentor

TITIN PRIHATIN, SKM, MKM

Gambar catatan arahan mentor terkait pelaksanaan dan hasil sosialisasi







Gambar pelaksanaan sosialisasi di unit IGD, Rawat Inap, Admisi





Gambar pelaksanaan sosialisasi di unit laboratorium dan radiologi

Lampiran 4. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-4

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 4	Melakukan pemantauan kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	22 September – 29 september 2025
Daftar Lampiran Kegiatan	1. Dokumentasi rekam medis waktu pasien datang dan pasien keluar dari IGD ke rawat inap. 2. Tersedianya laporan berisi data rata-rata waktu tunggu pasien di IGD. 3. Tersedianya catatan arahan dari mentor terkait kepatuhan SOP lama waktu tunggu pasien.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	**a.Tahap Kegiatan 1** **Mengumpulkan dan mengolah semua data dari rekam medis pasien.** **Berorientasi pelayanan**, saya melakukannya agar hasil analisis dapat digunakan untuk mempercepat waktu tunggu dan meningkatkan kualitas pelayanan pasien. **Akuntabel**, saya menyajikan hasil data secara transparan, akurat, terdokumentasi, dan dapat dipertanggungjawabkan. **Kompeten,** saya menunjukkan keterampilan analisis data untuk menyajikan informasi dengan jelas dan informatif. **Loyal**, saya menyusun data yang mendukung pelayanan yang lebih baik, menunjukkan loyalitas terhadap visi misi rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan.

	Kolaboratif, saya melibatkan tim lintas unit (IGD, rawat inap, manajemen mutu) untuk memverifikasi hasil data agar sesuai dengan kondisi nyata di lapangan. **Tahap Kegiatan 2** **Melakukan analisis data yang di dapatkan mengenai lama waktu tunggu pasien di IGD .** **Berorientasi pelayanan**, saya melakukan analisis data dilakukan untuk menemukan akar masalah keterlambatan transfer pasien dan merumuskan perbaikan alur pelayanan agar lebih cepat dan berkualitas. **Akuntabel**, saya melakukan analisis didasarkan pada data valid, terdokumentasi, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan sebagai dasar penyusunan SOP. **Kompeten,** saya menunjukkan keterampilan analisis data dan pembuatan visual tabel untuk menyajikan informasi dengan jelas dan informatif. **Loyal**, saya melakukan analisis mendukung kebijakan RSUD Suryah Khairuddin dalam meningkatkan mutu pelayanan sesuai visi dan misi rumah sakit. **Tahap Kegiatan 3** **Melaporkan hasil analisis data kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap kepada mentor.** **Akuntabel,** saya melaporkan hasil analisis dengan penuh tanggung jawab.

	Adaptif, saya memberikan pelaporan yang mungkin melibatkan penyesuaian berdasarkan umpan balik yang diterima dari mentor. **Kolaboratif,** saya melaporkan hasil kepada mentor menjadi proses kolaboratif Dimana saya bekerja sama untuk mengevaluasi dan menyempurnakan hasil analisis. **Loyal,** saya mengikuti arahan dan bimbigan mentor sepenuh hati. Dalam melaksanakan kegiatan ini saya telah menerapkan nilai-nilai dasar ASN dalam setiap tahapan kegiatan yaitu, Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif.
Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence	**a. Tahap Kegiatan 1** **Mengumpulkan dan mengolah semua data dari rekam medis pasien.** Penulis melakukan seleksi data yang relevan terkait lama waktu tunggu transfer pasien dari rekam medis pasien. Data yang dilihat dari jam pasien datang dan jam saat pasien di pindahkan dari IGD ke rawat inap. Bukti Fisik (Evidence) : dokumentasi foto rekam medis pasien.
	b.Tahap Kegiatan 2 **Melakukan analisis data yang didapatkan mengenai lama waktu tunggu pasien di IGD** Penulis melakukan penghitungan rata-rata lama waktu tunggu pasien yang dilihat dari rekam medis pasien, jam pasien datang sampai jam pasien

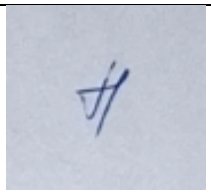
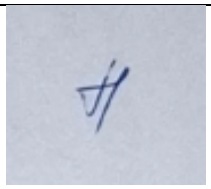
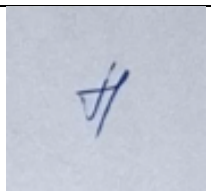
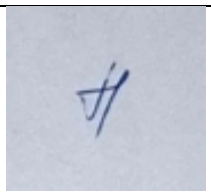
	dilakukan transfer dari IGD ke rawat inap. Kemudian dibandingkan dengan SOP yang telah dibuat dengan standar <3 jam. Bukti Fisik (Evidence) : tabel data yang berisi rata-rata lama waktu tunggu pasien di IGD ke rawat inap.
	c.Tahap Kegiatan 3 **Melaporkan hasil analisis data kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap kepada mentor** Penulis menyusunan laporan hasil sosialisasi yang memuat daftar peserta, materi yang disampaikan, masukan dari unit terkait, serta kendala yang dihadapi. Laporan kemudian dipresentasikan kepada mentor dan didiskusikan tindak lanjutnya. Bukti Fisik (Evidence) : laporan kepada mentor dan dokumentasi saat melakukan konsultasi kepada mentor.
Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan	Berikut Adalah deskripsi mengenai proses dan kualitas produk dari kegiatan 4 : a. Mengumpulkan dan mengolah semua data dari rekam medis pasien. Proses : Data yang terkumpul meliputi waktu keputusan rawat inap hingga waktu pasien benar-benar dipindahkan ke ruang rawat inap. Selanjutnya, data tersebut dipilah dan diolah dalam bentuk tabulasi menggunakan tabel agar lebih mudah dianalisis. Kualitas Produk : data yang sudah tertata rapi dan siap dianalisis.

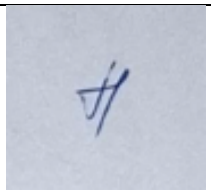
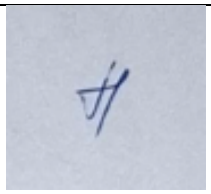
	b. Melakukan analisis data yang didapatkan mengenai lama waktu tunggu pasien di IGD Proses : dilakukan analisis dengan menghitung rata-rata lama waktu tunggu pasien dari IGD ke ruang rawat inap. Kualitas produk : laporan analisis data dalam bentuk tabel yang menggambarkan rata-rata lama waktu tunggu c. Melaporkan hasil analisis data kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap kepada mentor Proses : Laporan tertulis yang memuat data mentah, hasil olahan, serta kesimpulan mengenai tingkat kepatuhan terhadap SOP. Diskusi bersama mentor menjadi sarana penting untuk memastikan analisis sesuai standar dan dapat dipertanggungjawabkan. Kualitas produk : laporan hasil yang telah di validasi oleh mentor
Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi	Berikut adalah manfaat dari kegiatan yang disebutkan, dikaitkan dengan visi RSUD Suryah Khairuddin “Terwujudnya Rumah Sakit Unggulan dan Kepercayaan Masyarakat” dan misinya “Memberikan Pelayanan yang Bermutu Sesuai Standar yang Disepakati”. • Bermanfaat karena menyediakan data yang valid dan sistematis sebagai dasar pengambilan keputusan. Terhadap visi, kegiatan ini mendukung terwujudnya rumah sakit unggulan

	dengan mengutamakan penggunaan data akurat untuk peningkatan mutu layanan. • analisis data memberikan gambaran nyata mengenai tingkat kepatuhan terhadap SOP serta mengidentifikasi permasalahan yang terjadi. kegiatan ini mendukung mutu pelayanan melalui penerapan standar waktu tunggu yang sesuai regulasi, sehingga lebih konsisten
Analisa dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS	Berikut adalah analisis dampak dari kegiatan yang diaktualisasikan tidak berdasarkan pada nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK (Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) : 1. Mengumpulkan dan mengolah semua data dari rekam medis pasien. Tanpa Berorientasi pelayanan, Data yang dikumpulkan tidak fokus pada kebutuhan pelayanan, sehingga hasilnya tidak bermanfaat untuk perbaikan mutu. Tanpa Akuntabel, Data tidak lengkap atau tidak terdokumentasi dengan baik, sulit dipertanggungjawabkan. Tanpa Kompeten, Data tidak diolah secara benar, kualitas analisis rendah, hasilnya tidak dapat dijadikan dasar kebijakan. Tanpa Loyal, Pegawai dinilai kurang mendukung visi-misi RSUD karena tidak serius dalam pengumpulan data penting.

	Tanpa Kolaboratif, Kurangnya kerja sama dengan bagian rekam medis membuat data yang didapat tidak optimal. 2. Melakukan analisis dari data yang di dapatkan mengenai lama waktu tunggu pasien di IGD . Tanpa Berorientasi pelayanan, Analisis tidak fokus pada perbaikan mutu, hasilnya tidak bermanfaat bagi peningkatan layanan. Tanpa Akuntabel, Hasil analisis tidak jelas sumber datanya, sulit dipertanggungjawabkan. Tanpa Kompeten, Analisis dilakukan asal-asalan, menghasilkan kesimpulan yang salah Tanpa Loyal, dianggap tidak mendukung visi-misi RSUD karena tidak serius melakukan analisis. 3. Melaporkan hasil evaluasi data kepatuhan SOP lama waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke Rawat Inap kepada mentor. Tanpa Akuntabel, Tidak ada bukti pertanggungjawaban hasil analisis, sulit dipertanggungjawabkan. Tanpa Adaptif, Laporan tidak menyesuaikan masukan mentor, perbaikan pelayanan terhambat. Tanpa Kolaboratif, Tidak ada sinergi dengan mentor untuk tindak lanjut hasil analisis. Tanpa Loyal, terkesan tidak mendukung visi-misi RSUD karena mengabaikan mekanisme pelaporan

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Senin, 1 September 2025	Silahkan lanjutkan, disesuaikan dengan waktunya.	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor	
2.	Selasa, 2 September 2025	Silahkan lanjutkan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan	Surat persetujuan melaksanakan kegiatan aktualisasi	
3	Kamis, 11 September 2025	Revisi bagian halaman dan dokter penanggung jawabnya di bagian pengertian.	Tersedianya draft SOP lama waktu tunggu pasien di IGD serta arahan dari mentor	
5.	Senin, 15 September 2025	Pelaksanaan sosialisasi dilakukan di unit-unit terkait seperti IGD,	Catatan dan arahan dari mentor terkait pelaksanaan sosialisasi	

		Ruang Rawat Inap, Admisi, Laboratorium, Radiologi.		
6.	Sabtu, 20 September 2025	Sosialisasi telah berjalan dengan baik dan pemantauan kepatuhan SOP lama waktu tunggu di IGD dimulai minggu depan.	Catatan dan arahan dari mentor terkait hasil sosialisasi	
7.	Senin, 29 September 2025	Lanjutkan untuk evaluasi hasil kepatuhan	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor	

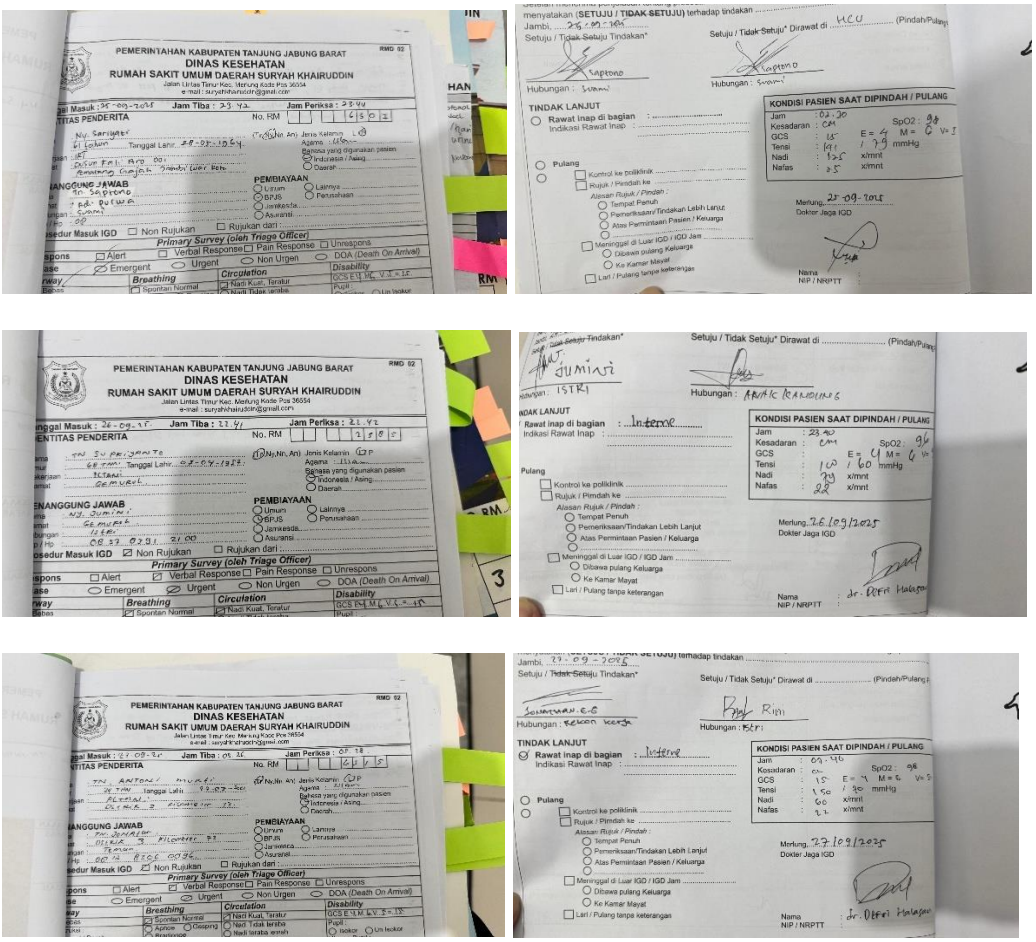
c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Coach
1.				
2.				

3.				

Kelengkapan Kegiatan:

Dokumentasi Pelaksanaan Kegiatan



Gambar rekam medis pasien yang berisi waktu pasien datang dan pasien di pindahkan ke rawat inap.

Dokumen Output/HasilKegiatan

Tabel Evaluasi Waktu Tunggu Pasien di IGD ke Rawat Inap

No.	Waktu (jam)		Waktu Tunggu
	Masuk	Selesai	
1.	09.56	12.20	2 jam 20 menit
2.	16.26	19.05	2 jam 39 menit
3.	04.08	08.48	4 jam 40 menit
4.	23.42	02.30	2 jam 48 menit
5.	10.10	11.58	1 jam 48 menit
6.	14.30	17.09	2 jam 39 menit
7.	12.02	15.48	3 jam 46 menit
8.	22.41	23.40	59 menit
9.	01.34	05.44	4 jam 10 menit
10.	05.26	07.40	2 jam 14 menit
11.	14.00	17.25	3 jam 25 menit
12.	08.15	10.30	2 jam 15 menit
13.	13.25	16.20	2 jam 55 menit
14.	22.10	00.23	2 jam 13 menit
15.	15.00	17.30	2 jam 30 menit

Gambar tabel data lama waktu tunggu



Catatan Arahan Mentor

Identifikasi hambatan yang sering muncul di tiap unit (misalnya keterlambatan administrasi, keterbatasan laboratorium, keterlambatan radiologi, keterlambatan pendaftaran pasien atau komunikasi antar unit).

Merlung, 20 September 2025

Mengetahui,

Mentor

TITIN PRIHATIN, SKM, MKM

Gambar Catatan Arahan Mentor Terkait Hasil Sosialisasi

Lampiran 5. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-4

b. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 5	Mengevaluasi dan melaporkan hasil penerapan aktualisasi.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	30 september – 2 Oktober2025
Daftar Lampiran Kegiatan	1. Tersedianya laporan perbandingan hasil yang didapat dengan standar waktu tunggu pada SOP. 2. .Tersedianya masukan dari mentor terkait hasil evaluasi lama waktu tunggu pasien di IGD. 3. Tersedianya dokumentasi pemasangan SOP lama waktu tunggu di papan informasi petugas di unit terkait.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	**a.Tahap Kegiatan 1** **Melakukan evaluasi dengan membandingan hasil yang didapat dengan standar waktu tunggu pada SOP.** **Berorientasi Pelayanan,** saya melalukan evaluasi guna untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien, khususnya dalam mempercepat proses pemindahan dari IGD ke rawat inap. **Akuntabel,** saya melakukan evaluasi hasil dengan transparan dan akurat, hasilnya dapat dipertanggungjawabkan kepada manajemen dan public. **Kompeten,** saya menggunakan pengetahuan dan keterampilan analisis data serta memahami SOP untuk menghasilkan evaluasi yang valid dan bermanfaat.

	Loyal, saya mendukung evaluasi untuk kepatuhan terhadap kebijakan dan visi-misi rumah sakit. **Adaptif,** Saya menindaklanjuti hasil evaluasi dengan menyesuaikan inovasi jika ditemukan ketidaksesuaian dengan SOP. **Tahap Kegiatan 2** **Melakukan konsultasi dengan mentor terkait hasil evaluasi lama waktu tunggu pasien di IGD.** **Berorientasi Pelayanan,** saya melakukan konsultasi agar hasil evaluasi dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan pasien, khususnya dalam mempercepat proses transfer dari IGD ke Rawat Inap. **Akuntabel,** saya ber tanggung jawab terhadap hasil evaluasi dan memastikan bahwa proses analisis dan pelaporannya dilakukan secara transparan dan dapat dipertanggungjawabkan. **Kompeten,** saya meningkatkan kemampuan dalam mengevaluasi dan menangani masalah pelayanan kesehatan, khususnya manajemen IGD. **Harmonis,** saya menjaga hubungan kerja yang harmonis dan saling menghargai pendapat serta masukan dari mentor. **Adaptif,** saya terbuka terhadap masukan dari mentor dan siap menyesuaikan hasil evaluasi dengan kebutuhan serta dinamika di lapangan. **Kolaboratif,** saya melaporkan hasil kepada mentor menjadi proses kolaboratif Dimana saya bekerja sama untuk mengevaluasi dan menyempurnakan hasil evaluasi. **Tahap Kegiatan 3**

	Melakukan perbaikan terkait masukan dan arahan yang telah diterima sesegera mungkin. **Berorientasi Pelayanan,** Saya merespons dan memperbaiki berdasarkan masukan menunjukkan komitmen saya untuk meningkatkan kualitas layanan. **Akuntabel,** Saya memastikan bahwa setiap masukan yang diterima ditindaklanjuti dengan cepat dan dapat dipertanggungjawabkan, memperlihatkan integritas dalam menjalankan tugas. **Adaptif,** Saya menyesuaikan dan melakukan perbaikan berdasarkan masukan menunjukkan fleksibilitas dan kesiapan Saya untuk menghadapi perubahan. **Kolaboratif,** Dalam proses perbaikan saya bekerja sama dengan rekan kerja atau pihak terkait, menciptakan sinergi untuk hasil yang lebih baik. Dalam melaksanakan kegiatan ini saya telah menerapkan nilai-nilai dasar ASN dalam setiap tahapan kegiatan yaitu, Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif.
Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence	**a. Tahap Kegiatan 1** **Melakukan evaluasi dengan membandingan hasil yang didapat dengan standar waktu tunggu pada SOP.** Penulis melakukan perhitungan hasil data aktual lama waktu tunggu pasien. Kemudian membandingkan rata-rata waktu tunggu dengan standar SOP (≤ 3 jam).

	setelah itu, menyusun tabel perbandingan untuk melihat tingkat kepatuhan. Bukti Fisik (Evidence) : Tabel perbandingan hasil dengan standar SOP.
	b.Tahap Kegiatan 2 **Melakukan konsultasi dengan mentor terkait hasil evaluasi lama waktu tunggu pasien di IGD.** Penulis melakukan diskusi mengenai temuan hasil evaluasi kepada mentor. Bukti Fisik (Evidence) : foto dari sesi konsultasi dengan mentor secara langsung.
	c.Tahap Kegiatan 3 **Melakukan perbaikan terkait masukan dan arahan yang telah diterima.** Berdasarkan masukan dari mentor untuk mengatasi kepatuhan petugas salah satunya adalah kepatuhan petugas salah satunya Adalah dengan meletakkan SOP lama waktu tunggu tersebut di bagian yang mudah di lihat oleh petugas. Bukti Fisik (Evidence) : dokumentasi saat menempel SOP lama waktu tunggu di papan informasi petugas.
Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan	Berikut Adalah deskripsi mengenai proses dan kualitas produk dari kegiatan 5 : a. Melakukan evaluasi dengan membandingan hasil yang didapat dengan standar waktu tunggu pada SOP. Proses : dilakukan dengan menghitung rata-rata waktu tunggu pasien dari IGD ke ruang rawat inap berdasarkan data yang telah dikumpulkan. Hasil tersebut kemudian dibandingkan dengan standar

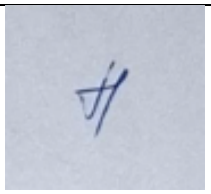
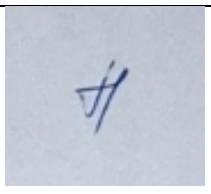
	maksimal 3 jam sesuai SOP. Selanjutnya dibuat tabel/grafik perbandingan agar terlihat jelas tingkat kepatuhan. Kualitas Produk : Dokumen evaluasi yang berisi tabel dan grafik perbandingan hasil aktual dengan standar SOP. b. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait hasil evaluasi lama waktu tunggu pasien di IGD. Proses : konsultasi dilakukan dengan diskusi, dimana mentor memberikan arahan mengenai aspek yang perlu diperbaiki serta langkah tindak lanjut yang harus dilakukan. Kualitas produk : foto dari sesi konsultasi dengan mentor secara langsung. c. Melakukan perbaikan terkait masukan dan arahan yang telah diterima sesegera mungkin. Proses : melakukan pemasangan SOP lama waktu tunggu pasien di papan informasi unit terkait. Kualitas produk : dokumentasi pemasangan SOP lama waktu tunggu di papan informasi petugas di unit terkait.
Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi	Berikut adalah manfaat dari kegiatan yang disebutkan, dikaitkan dengan visi RSUD Suryah Khairuddin “Terwujudnya Rumah Sakit Unggulan dan Kepercayaan Masyarakat” dan misinya “Memberikan Pelayanan yang Bermutu Sesuai Standar yang Disepakati”.

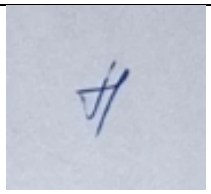
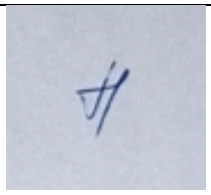
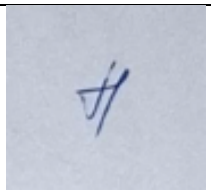
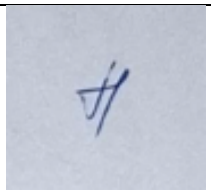
	• Mengukur tingkat kepatuhan terhadap standar pelayanan. Hal ini mendukung **visi** RSUD dengan menunjukkan komitmen peningkatan mutu berbasis bukti sehingga memperkuat kepercayaan masyarakat. • menyempurnakan SOP agar lebih relevan, efektif, dan sesuai dengan kondisi lapangan. perbaikan menjamin bahwa pelayanan yang diberikan selalu bermutu, konsisten, dan sesuai standar yang disepakati bersama.
Analisa dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS	Berikut adalah analisis dampak dari kegiatan yang diaktualisasikan tidak berdasarkan pada nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK (Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) : 1. Melakukan evaluasi dengan membandingan hasil yang didapat dengan standar waktu tunggu pada SOP. Tanpa Berorientasi Pelayanan, Evaluasi tidak fokus pada peningkatan mutu, hasilnya tidak memberi manfaat nyata bagi perbaikan. Tanpa Akuntabel, Hasil evaluasi tidak terdokumentasi dengan baik, sulit dipertanggungjawabkan. Tanpa Kompeten, Evaluasi tidak dilakukan secara profesional, data salah diinterpretasikan. Tanpa Loyal, Pegawai dianggap tidak mendukung visi-misi RSUD karena evaluasi dikerjakan asal-asalan.

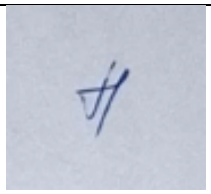
	Tanpa Adaptif, Evaluasi tidak menyesuaikan perkembangan data dan kondisi lapangan. 2. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait hasil evaluasi lama waktu tunggu pasien di IGD Tanpa Berorientasi Pelayanan, Hasil evaluasi tidak diarahkan pada perbaikan pelayanan, potensi masalah terabaikan. Tanpa Akuntabel, Tidak ada validasi dari mentor, laporan evaluasi sulit dipertanggungjawabkan. Tanpa Kompeten, Kesempatan belajar dan menyempurnakan hasil evaluasi hilang, kualitas analisis rendah. Tanpa Harmonis, Hubungan kerja dengan mentor terganggu karena minim komunikasi dan koordinasi. Tanpa Adaptif, Tidak ada penyesuaian dari masukan mentor, hasil evaluasi menjadi kaku dan kurang relevan. Tanpa Kolaboratif, Tidak ada kerja sama dengan mentor untuk tindak lanjut evaluasi, hasil tidak optimal. 3. Melakukan perbaikan terkait masukan dan arahan yang telah diterima sesegera mungkin. Tanpa Berorientasi Pelayanan, Perbaikan tidak fokus pada peningkatan mutu, sehingga pelayanan tetap stagnan. Tanpa Akuntabel, Hasil revisi tidak terdokumentasi dengan baik, sulit dipertanggungjawabkan.

	Tanpa Adaptif, Tidak ada penyesuaian terhadap perubahan kebutuhan dan masukan, SOP menjadi kaku. Tanpa Kolaboratif, Perbaikan dilakukan sendiri tanpa melibatkan pihak terkait, hasil kurang optimal.

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Senin, 1 September 2025	Silahkan lanjutkan, disesuaikan dengan waktunya.	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor	
2.	Selasa, 2 September 2025	Silahkan lanjutkan sesuai dengan jadwal	Surat persetujuan melaksanakan	

		yang telah direncanakan	kegiatan aktualisasi	
3.	Kamis, 11 September 2025	Revisi bagian halaman dan dokter penanggung jawabnya di bagian pengertian.	Tersedianya draft SOP lama waktu tunggu pasien di IGD serta arahan dari mentor	
4.	Senin, 15 September 2025	Pelaksanaan sosialisasi dilakukan di unit-unit terkait seperti IGD, Ruang Rawat Inap, Admisi, Laboratorium, Radiologi.	Catatan dan arahan dari mentor terkait pelaksanaan sosialisasi	
5.	Sabtu, 20 September 2025	Sosialisasi telah berjalan dengan baik dan pemantauan kepatuhan SOP lama waktu tunggu di IGD dimulai minggu depan.	Catatan dan arahan dari mentor terkait hasil sosialisasi	
6.	Senin, 29 September 2025	Lanjutkan untuk evaluasi hasil kepatuhan	Catatan dan arahan	

			bimbingan dari mentor	
7.	Kamis, 02 Oktober 2025	Terimakasih silahkan dilakukan sesuai arahan untuk perbaikan evaluasi	Catatan dan arahan bimbingan dari mentor terkait perbaikan evaluasi	

c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		dr. Riza Putri Octarianti		
Jabatan		Dokter Ahli Pertama		
Tempat Aktualisasi		RSUD Suryah Khairuddin Kabupaten Tanjung Jabung Barat		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/Output	Paraf Coach
1.				
2.				
3.				

Kelengkapan Kegiatan:

Dokumentasi Pelaksanaan dan Output/hasil Kegiatan

Tabel Perbandingan hasil yang didapat dengan standar waktu tunggu pada SOP.

No.	Waktu (jam)		Waktu Tunggu	Ket	
	Masuk	Selesai		sesuai	Tidak sesuai
1.	09.56	12.20	2 jam 20 menit	√	
2.	16.26	19.05	2 jam 39 menit	√	
3.	04.08	08.48	4 jam 40 menit		√
4.	23.42	02.30	2 jam 48 menit	√	
5.	10.10	11.58	1 jam 48 menit	√	
6.	14.30	17.09	2 jam 39 menit	√	
7.	12.02	15.48	3 jam 46 menit		√
8.	22.41	23.40	59 menit	√	
9.	01.34	05.44	4 jam 10 menit		√
10.	05.26	07.40	2 jam 14 menit	√	
11.	14.00	17.25	3 jam 25 menit	√	
12.	08.15	10.30	2 jam 15 menit	√	
13.	13.25	16.20	2 jam 55 menit	√	
14.	22.10	00.23	2 jam 13 menit	√	
15.	15.00	17.30	2 jam 30 menit	√	

Merlung, 30 September 2025

Mengetahui,

Mentor

TITIN PRIHATIN, SKM, MKM

Gambar tabel perbandingan hasil dengan SOP yang dibuat



Gambar Melakukan konsultasi dengan mentor terkait hasil evaluasi kepatuhan SOP lama waktu tunggu.





Gambar Pemasangan SOP lama waktu tunggu di unit terkait