



**KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA**

**LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI
PELATIHAN DASAR CALON PEGAWAI NEGERI SIPIL
GOLONGAN III**

**DIGITALISASI PROSES IDENTIFIKASI SAMPEL PASIEN
MENGUNAKAN *QR CODE* DI UPT RSUD SUNGAI RUMBAI**

Disusun oleh :

Nama : Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
NIP : 199712032025052003
Jabatan : Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama
Instansi : Pemerintah Kabupaten Dharmasraya
Kelas/Kelompok : 16/2
No. Absen : 20
Angkatan : 16

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

**LEMBAR PERSETUJUAN
LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI**

JUDUL : Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien
Menggunakan QR Code di UPT RSUD Sungai
Rumbai
NAMA : Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
NIP : 199712032025052003
PANGKAT/GOL : Penata Muda/III.a
JABATAN : Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama
INSTANSI : UPT RSUD Sungai Rumbai
KELAS/KELOMPOK : 16/2
NO. ABSEN : 20

Disahkan berdasarkan Seminar Aktualisasi yang dilaksanakan pada tanggal 31
Bulan Oktober Tahun 2025 di Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia
Kementerian Dalam Negeri Regional Bukittinggi.

Bukittinggi, 31 Oktober 2025

Coach,

Penguji,

Hayyi Utamimul Hasanah, S.Psi

NIP. 19940606 202012 2 029

Aryo Fernandes, S.Si, MM

NIP. 19850112 201001 1 020

Mengetahui

Kepala Pusat

Pengembangan Sumber Daya Manusia

Kementerian Dalam Negeri

Regional Bukittinggi

SARJAYADI, SS, M.A.P

NIP. 19700304 199603 1 001

BERITA ACARA
SEMINAR LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

Pada Hari : Jumat
Tanggal : 31 Oktober 2025
Pukul : 08.00-17.00 WIB
Tempat : Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia
Kementerian Dalam Negeri Regional Bukittinggi

Telah Diseminarkan Laporan Pelaksanaan Aktualisasi Latsar CPNS Angkatan III Tahun 2025

JUDUL : Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan *QR Code* di UPT RSUD Sungai Rumbai
NAMA : Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
NIP : 19971203 202505 2 003
PANGKAT /GOL. : Penata Muda/III.a
JABATAN : Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama
INSTANSI : UPT RSUD Sungai Rumbai
KELAS/KELOMPOK : 16/2
NO. ABSEN : 20

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

COACH

PESERTA

Hayyi Utamimul Hasanah, S.Psi
NIP. 199406062020122029

Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
NIP. 199712032025052003

PENGUJI

MENTOR

Aryo Fernandes, S.Si, MM
NIP. 198501122010011020

Zepri Sandi, S.Kep
NIP. 197809112006041010

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala berkat, rahmat, dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan aktualisasi dengan judul “Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan QR Code di UPT RSUD Sungai Rumbai” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pelatihan Dasar CPNS Golongan III Angkatan 16.

Penulis menyadari bahwa laporan aktualisasi ini dapat terwujud karena bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Sarjayadi, SS selaku Kepala PPSPDM Kemendagri Regional Bukittinggi beserta seluruh jajaran;
2. Ibu Hj. Yosta Defina, S.Farm, Apt, M.KM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya;
3. Bapak Aryo Fernandes, S.Si, MM selaku evaluator yang memberikan masukan, kritik dan saran;
4. Hayyi Utamimul Hasanah, S.Psi selaku coach yang selalu memberikan bimbingan dan motivasi kepada kami;
5. Bapak Zepri Sandi, S.Kep selaku Mentor dan Kasi Penunjang Medik UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya yang selalu memberikan motivasi, dukungan, saran dan memberi masukan kepada penulis;
6. Semua pihak yang terlibat yang telah membantu penulis yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa laporan aktualisasi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik serta saran yang membangun agar laporan ini menjadi lebih baik. Semoga laporan ini mampu memberikan manfaat bagi semua pihak yang membutuhkan di kemudian hari.

Sungai Rumbai, 31 Oktober 2025
Peserta

Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
NIP. 19971203 202505 2 003

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
LEMBAR PERSETUJUAN LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI	ii
BERITA ACARA SEMINAR LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
 BAB I PENDAHULUAN	 1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Ruang Lingkup	5
 BAB II PROFIL INSTANSI DAN PESERTA	 6
A. Profil Instansi	6
B. Profil Peserta	21
 BAB III RINGKASAN RANCANGAN AKTUALISASI	 23
A. Deskripsi <i>Core Isu</i>	23
B. Analisis <i>Core Isu</i>	25
C. Gagasan Kreatif Penyelesaian <i>Core Isu</i>	27
 BAB IV CAPAIAN PELAKSANAAN AKTUALISASI	 30
A. Matrik Jadwal Kegiatan Aktualisasi	30
B. Matrik Pelaksanaan Aktualisasi	31
C. Matrik Rekapitulasi Reslisasi Habituasi NND PNS (BerAKHLAK).....	70
D. Capaian Penyelesaian <i>Core Isu</i>	71
E. Manfaat terselesaikannya <i>Core Isu</i>	74
F. Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi	76
 BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	 77
A. Kesimpulan	77
B. Rekomendasi.....	79
DAFTAR PUSTAKA	84
LAMPIRAN	85

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Analisis penyebab isu dengan teknik USG	21
Tabel 4.1 Rencana jadwal kegiatan aktualisasi	24
Tabel 4.2 Matrik Pelaksanaan Aktualisasi	26
Tabel 4.3 Matrik Rekapitulasi Realisasi Habitulasi Nilai-nilai Dasar PNS (BerAKHLAK)	49
Tabel 4.4 Capaian Penyelesaian Core Isu	50
Tabel 4.5 Rencana tindak lanjut hasil aktualisasi	52

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Peta Wilayah Kabupaten Dharmasraya	5
Gambar 2.2 RSUD Sungai Rumbai.....	7
Gambar 2.3 Struktur Organisasi UPT RSUD Sungai Rumbai	9
Gambar 3.1 Wadah sampel yang tidak tertulis nama.....	20

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-1.....	61
Lampiran 2. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-2.....	70
Lampiran 3. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-3.....	77
Lampiran 4. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-4.....	85

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Aparatur sipil negara (ASN) adalah profesi bagi Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja yang bekerja pada instansi pemerintah. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 5 Tahun 2014 bahwa dalam pelaksanaan cita-cita dan mewujudkan tujuan negara sebagaimana tercantum dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, perlu dibangun Aparatur Sipil Negara (ASN) yang memiliki integritas, profesional, netral, dan bebas dari praktik korupsi serta mampu menyelenggarakan pelayanan publik bagi masyarakat dan mampu menjalankan peran sebagai unsur perekat persatuan dan kesatuan bangsa berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Laboratorium kesehatan adalah sarana kesehatan yang melaksanakan pengukuran, penetapan, dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, kondisi kesehatan, atau faktor yang dapat berpengaruh pada kesehatan perorangan dan masyarakat (Permenkes No 42 tahun 2015). Pelayanan laboratorium kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Laboratorium kesehatan sebagai unit pelayanan penunjang medis, diharapkan dapat memberikan informasi

yang teliti dan akurat tentang aspek laboratoris terhadap sampel yang pengujiannya dilakukan di laboratorium.

Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) merupakan salah satu jenis tenaga kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Profesi Ahli Teknologi Laboratorium Medik yang sebelumnya dikenal dengan Analis Kesehatan atau Analis Medis adalah tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi melakukan analisis terhadap cairan dan jaringan tubuh manusia untuk menghasilkan informasi tentang kesehatan perorangan dan masyarakat.

Pemeriksaan laboratorium terdiri dari serangkaian proses yang saling terkait. Proses pemeriksaan di laboratorium dibagi menjadi 3 tahap, yaitu tahap pra analitik, analitik, dan pasca analitik. Tahap pra analitik merupakan seluruh kegiatan yang dilakukan sebelum sampel dianalisis. Tahap pra analitik meliputi permintaan pemeriksaan oleh klinisi, persiapan pasien, pengambilan spesimen, dan transportasi spesimen. Tahap pra analitik dilakukan untuk menilai kualitas sampel yang akan diperiksa (Budyono, dkk., 2011). Tahap analitik meliputi persiapan reagen atau media, pipetasi reagen dan sampel, inkubasi, pemeriksaan serta pembacaan hasil. Tahap pasca analitik meliputi pencatatan dan pelaporan hasil (Kemenkes, 2013). Masing-masing tahap tersebut memiliki peluang terjadinya kesalahan. Tahap pra analitik memberikan kontribusi kesalahan terbesar yaitu 62%, tahap analitik menyumbang kesalahan terbesar 15%, dan tahap pasca analitik 23% (Mengko, 2013).

Identifikasi pasien merupakan proses penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien laboratorium bagi terselenggaranya asuhan rumah sakit, dalam kegiatan pasien di laboratorium memerlukan identifikasi pasien dan sampel. Pasien perlu diidentifikasi secara pasti ketika akan dilakukan pengambilan darah dan spesimen lainnya untuk pemeriksaan klinis untuk mendapatkan tindakan medis lainnya sehingga terhindar dari kesalahan yang mungkin berakibat fatal bagi keselamatan pasien. Namun, pada praktiknya identifikasi pasien masih banyak dilakukan secara manual, misalnya melalui penulisan nama atau nomor rekam medis pada wadah sampel. Cara manual ini rawan menimbulkan kesalahan seperti tulisan tidak terbaca, nama pasien tertukar, hingga sample mismatch yang dapat berdampak serius pada mutu hasil pemeriksaan maupun keselamatan pasien.

Seiring meningkatnya jumlah pasien dan kompleksitas pelayanan, sistem manual semakin kurang efektif karena membutuhkan waktu lebih lama, menyulitkan pelacakan data, serta berisiko menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap mutu layanan. Kondisi ini menunjukkan perlunya inovasi melalui pemanfaatan teknologi digital yang lebih akurat, cepat, dan aman. Salah satu solusi yang dapat diterapkan adalah **Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan QR Code**.

QR Code mampu menyimpan data pasien secara unik dan mudah diakses melalui pemindaian perangkat digital. Dengan penerapan QR Code, risiko kesalahan identifikasi dapat diminimalkan serta waktu pelayanan lebih

efisien. Selain meningkatkan mutu pelayanan laboratorium, digitalisasi identifikasi pasien dengan QR Code juga mendukung transformasi digital pelayanan publik serta sejalan dengan nilai Smart ASN, yaitu ASN yang adaptif, kompeten, dan inovatif dalam memberikan pelayanan yang lebih akurat, transparan, dan terpercaya bagi masyarakat.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan dari aktualisasi/habituasi ini adalah peserta Pelatihan Dasar CPNS diharapkan mampu mengaktualisasikan pengetahuan yang telah diperoleh melalui berbagai mata pelatihan yaitu wawasan kebangsaan, sikap perilaku bela negara, nilai-nilai dasar BerAKHLAK (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) dan peran profesi ASN dalam NKRI (Manajemen ASN dan smart ASN) dalam pelaksanaan tugas pokok penulis sebagai Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama di UPT RSUD Sungai Rumbai.

2. Tujuan Khusus

- a) Mampu memberikan Solusi terhadap permasalahan isu **“Proses Identifikasi Sampel Pasien yang Masih Manual”** di Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai.
- b) Mampu merealisasikan Solusi atas permasalahan **“Proses Identifikasi Sampel Pasien yang Masih Manual”** di Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai dan mengedepankan nilai-nilai

BerAKHLAK.

C. Ruang Lingkup

Kegiatan Aktualisasi Pelatihan Dasar CPNS 2025 ini dilakukan di RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya. Sasaran dari penelitian ini adalah seluruh Petugas Laboratorium Unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai. Pada proses pelaksanaan, penulis berupaya memecahkan isu permasalahan dengan merujuk pada ruang lingkup manajemen ASN dan smart ASN serta tidak terlepas dari Core Values Ber AKHLAK. Kegiatan aktualisasi yang dilakukan dengan pembuatan *QR Code* yang berfungsi untuk membantu proses identifikasi pasien secara digital di unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai. Kegiatan aktualisasi akan dilakukan selama masa habituasi yang berlangsung dari tanggal 10 September 2025 sampai dengan 17 Oktober 2025 di Unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai.

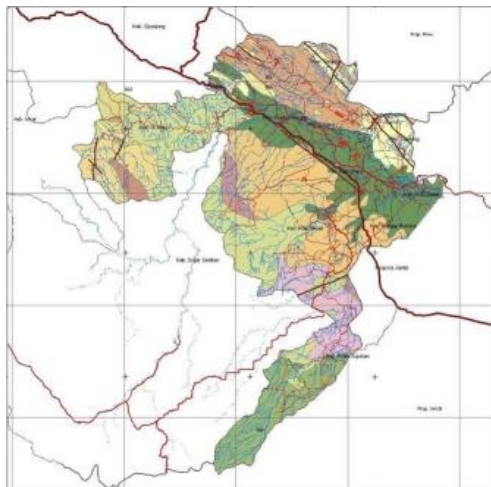
BAB II

PROFIL INSTANSI DAN PESERTA

A. Profil Instansi

1. Gambaran Umum UPT RSUD Sungai Rumbai

Rumah Sakit Umum Daerah Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya merupakan Rumah Sakit kelas D milik Pemerintah Daerah yang terletak di perbatasan propinsi Sumatera Barat dan Propinsi Jambi, tepatnya di kecamatan Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya. Ditetapkan izin operasional dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor: 14062200173250001, Registrasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tanggal 31 Januari 2018 dengan Nomor: 1311002 dan status akreditasi UTAMA dari Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS) dengan Nomor: 079/SERT-AKR/LAM-KPRS/Set/XII/2022 berlaku sampai 02 Desember 2026.



GAMBAR 2.1 PETA WILAYAH KKABUPATEN DHARMASRAYA

Saat ini, RSUD Sungai Rumbai menyediakan berbagai layanan medis untuk masyarakat. Layanan-layanan ini mencakup Pelayanan Gawat Darurat 24 jam untuk penanganan kasus-kasus darurat. Untuk pasien yang memerlukan pemeriksaan rutin, tersedia Poliklinik rawat jalan dengan berbagai spesialisasi, seperti Poliklinik Bedah, Penyakit Dalam, Anak, Paru, Umum, dan Gigi, serta PKBRS. Selain itu, RSUD Sungai Rumbai juga menyediakan layanan Rawat Inap yang terdiri dari kelas 1, 2, dan 3, serta ruang khusus untuk Perinatologi dan Paru. Bagi pasien yang memerlukan perawatan intensif, tersedia unit HCU. Untuk mendukung semua layanan tersebut, rumah sakit ini dilengkapi dengan berbagai Pelayanan Penunjang, termasuk Unit Radiologi, Unit Laboratorium, Unit Gizi, Unit Rekam Medik, Unit Farmasi, dan Unit Perbaikan Sarana Rumah Sakit (IPSRs). Layanan pendukung lainnya juga tersedia, seperti Laundry, CSSD, dan UPDRS.

2. Sejarah UPT RSUD Sungai Rumbai

Sejarah UPT RSUD Sungai Rumbai berawal dari Puskesmas Sungai Rumbai yang kemudian dialihfungsikan menjadi rumah sakit. Peresmian statusnya sebagai UPT RSUD Sungai Rumbai ditetapkan melalui Peraturan Bupati Dharmasraya Nomor 100 Tahun 2019. Rumah sakit ini merupakan milik Pemerintah Kabupaten Dharmasraya dan berklasifikasi sebagai RSUD Kelas D.

Rumah sakit ini secara resmi terdaftar di Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tanggal 31 Januari 2018, dengan nomor registrasi 1311002333. Berdasarkan profil tahun 2024, RSUD Sungai Rumbai telah memperoleh status akreditasi UTAMA dari Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS), yang berlaku hingga 2 Desember 2026.



GAMBAR 2.2 RSUD Sungai Rumbai

Sebagai RSUD, institusi ini menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, mencakup rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. RSUD Sungai Rumbai memiliki visi "Menjadi Rumah Sakit Yang Terpercaya Dalam Pelayanan". Untuk mencapai

visi tersebut, salah satu misinya adalah memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan yang bermutu, efektif, dan efisien.

Pada tahun 2025, UPT RSUD Sungai Rumbai memiliki total 207 orang pegawai, yang terdiri dari 136 ASN dan 71 tenaga kontrak/magang/sukarela. Rumah sakit ini juga dilengkapi dengan beragam fasilitas, termasuk:

- a. Gedung IGD yang merupakan alih fungsi dari IGD Puskesmas Sungai Rumbai dan direhabilitasi pada tahun 2019.
- b. Gedung Poliklinik yang dibangun pada tahun 2020 dan berada satu bangunan dengan Gedung Administrasi.
- c. Gedung Rawat Inap yang memiliki 62 tempat tidur di tahun 2024.
- d. Berbagai unit penunjang seperti Unit Radiologi, Unit Laboratorium, dan Unit Kamar Operasi yang dibangun pada tahun 2019.
- e. Pada tahun 2024, rumah sakit ini juga merencanakan pembangunan Gedung Hemodialisa (HD).

3. Visi Misi UPT RSUD Sungai Rumbai

a. Visi UPT RSUD Sungai Rumbai

“Menjadi Rumah Sakit yang Terpercaya dalam Pelayanan”

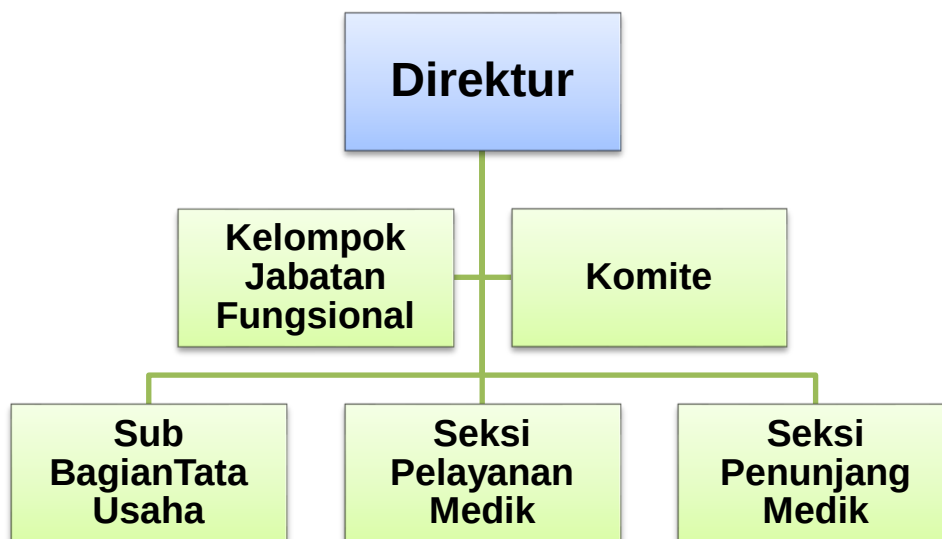
b. Misi UPT RSUD Sungai Rumbai

- a) Menyelenggarakan pelayanan yang terpercaya.

- b) Menciptakan sistem tata kelola rumah sakit yang baik, transparan dan akuntabel dengan sumber daya manusia yang profesional.
- c) Memenuhi segala kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan rumah sakit yang bermutu, efektif dan efisien.
- d) Berperan aktif dalam mendukung program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di kabupaten Dharmasraya dan sekitarnya.

4. Struktur Organisasi UPT RSUD Sungai Rumbai

Struktur organisasi UPT RSUD Sungai Rumbai adalah sebagai berikut:



Gambar 2.3 Struktur Organisasi UPT RSUD Sungai Rumbai

Keterangan:

1	Direktur	:	dr. Sujito, M.KM
2	Plh. Kasubag Tata Usaha	:	Wiwi Yosepa, A.Md.Keb.M.Kes
3	Kasi Pelayanan Medik	:	dr. Rufaldi Fernando
4	Kasi Penunjang Medik	:	Zepri Sandi, S. Kep.

Adapun Tugas dan Fungsi pada RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya sebagaimana struktur organisasi di atas masing-masing adalah sebagai berikut:

a. Direktur

- a) Membantu Kepala Dinas dalam melaksanakan urusan di bidang pelayanan Kesehatan.
- b) Memberikan data dan informasi mengenai situasi bidang pelayanan kesehatan serta memberikan saran dan pertimbangan kepada Kepala Dinas sebagai bahan dalam mengambil Keputusan.
- c) Memimpin, mengkoordinasikan, mengendalikan serta mengawasi semua kegiatan dalam bidang pelayanan Kesehatan.
- d) Mengkoordinir pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang pelayanan kesehatan.
- e) Mengatur dan mendistribusikan tugas kepada Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi sesuai tugas dan fungsinya.
- f) Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan tugas Kepala

Sub Bagian dan Kepala Seksi.

- g) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- h) Meneliti, mendisposisi, memaraf dan menandatangani persuratan yang berkaitan dengan pelayanan rumah sakit.
- i) Menilai hasil kerja bawahan di lingkungan RSUD untuk dijadikan pertimbangan dalam peningkatan dan pengembangan karirnya.
- j) Memecahkan permasalahan yang berkaitan dengan bidang tugas pelayanan di rumah sakit.
- k) Menjalin kerja sama untuk kepentingan dinas dalam kelancaran pelaksanaan tugas.
- l) Melaksanakan pengelolaan unit pelaksana teknis dan memberikan pembinaan dan bimbingan terhadap kelompok jabatan fungsional.
- m) Membuat dan menyampaikan laporan kegiatan berkala dan tahunan RSUD sebagai pertanggungjawaban dan penilaian atasan.
- n) Membuat dan menyampaikan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKJIP), Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (LPPD) dan Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Pemerintahan Daerah (LKPJ) RSUD serta laporan lainnya.

- o) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan bidang tugas dan permasalahannya.

b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha

- a) Melaksanakan pengelolaan data dan dokumen surat menyurat serta kepegawaian rumah sakit.
- b) Melaksanakan pengendalian surat masuk, keluar, dan kearsipan;
- c) Melaksanakan pembuatan rencana dan program kerja Sub Bagian Umum dan Kepegawaian.
- d) Melaksanakan tugas keprotokolan UPT RSUD.
- e) Menyiapkan bahan dalam rangka peningkatan disiplin pegawai serta upaya peningkatan mutu pegawai dalam rangka peningkatan karir.
- f) Menyiapkan data informasi pegawai serta perencanaan pegawai UPT RSUD.
- g) Melaksanakan pengelolaan perpustakaan UPT RSUD.
- h) Melaksanakan kegiatan pelatihan sumber daya manusia pelayanan Kesehatan.
- i) Melaksanakan penyusunan program perencanaan dan keuangan berdasarkan
- j) Mempersiapkan bahan dan rencana kesejahteraan pegawai RSUD.

- k) Melaksanakan penyiapan bahan dalam rangka peningkatan disiplin pegawai dan pemberian hak- hak pegawai.
- l) Melaksanakan upaya peningkatan mutu pegawai dalam rangka peningkatan fungsi dan karir.
- m) Melaksanakan penyiapan informasi pegawai dan perencanaan pegawai.
- n) Melaksanakan evaluasi dan memantau pelaksanaan pengelolaan bidang hukum, kehumasan yang bertentangan dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- o) Melaksanakan pengelolaan kepustakaan.
- p) Melaksanakan pelatihan Sumber Daya Manusia Pelayanan Kesehatan.
- q) Melaksanakan koordinasi dengan unit kerja terkait dalam pelaksanaan kegiatan.
- r) Melaksanakan pengetikan persuratan umum.
- s) Menyusun dan mensosialisasikan peraturan, tata tertib, dan perundang-undangan rumah sakit.
- t) Mengawasi dan mengevaluasi kegiatan staff di lingkungan Sub Bagian Umum dan Kepegawaian untuk mengetahui permasalahan agar tidak terjadi penyimpangan.
- u) Menilai prestasi kerja bawahan di lingkungan Sub Bagian

Umum dan Kepegawaian berdasarkan hasil yang dicapai sebagai bahan peningkatan karir pegawai.

- v) Menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan menyangkut Sub Bagian Umum dan Kepegawaian untuk pembinaan dan peningkatan tugas selanjutnya.
- w) Membuat laporan pelaksanaan tugas Sub Bagian Umum dan Kepegawaian kepada atasan sebagai pertanggungjawaban dan penilaian atasan.
- x) Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

c. Kepala Seksi Pelayanan Medik

- a) Menyusun rencana kegiatan Seksi Pelayanan Medik dengan berpedoman kepada tugas pokok dan fungsi serta data dan program kerja Rumah Sakit Umum Daerah serta ketentuan yang berlaku sebagai pedoman kerja.
- b) Membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku dan memberikan arahan sesuai dengan bidang tugas dan permasalahannya.
- c) Menghimpun dan menyiapkan bahan dalam rangka penyusunan konsep kebijakan dan petunjuk teknis Seksi Pelayanan Medik yang meliputi:
- d) Standar pelayanan medik di seluruh instalasi yang ada di jajaran pelayanan medik.

- e) Pedoman-pedoman operasional atau protap di seluruh instalasi yang ada pada jajaran pelayanan medik. dan
- f) Peraturan-peraturan resmi yang diberlakukan rumah sakit.
- g) Mencari, mengumpulkan dan mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan Seksi Pelayanan Medik.
- h) Memberi petunjuk dan bimbingan kepada bawahan agar dalam pelaksanaan tugas sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- i) Membimbing, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan Seksi Pelayanan Medik.
- j) Menginventarisir permasalahan-permasalahan yang berhubungan dengan Seksi Pelayanan Medik serta menyiapkan pemecahannya
- k) Menilai prestasi kerja bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan Medik berdasarkan hasil yang dicapai.
- l) Mengawasi dan mengevaluasi kegiatan staf di lingkungan Seksi Pelayanan Medik untuk mengetahui permasalahan agar tidak terjadi penyimpangan.
- m) Menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan menyangkut pelaksanaan tugas Seksi Pelayanan Medik untuk pembinaan dan peningkatan tugas selanjutnya.
- n) Membuat laporan pelaksanaan tugas Seksi Pelayanan Medik kepada atasan sebagai pertanggungjawaban dan

penilaian atasan.

- o) Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan bidang tugas dan permasalahannya.

d. Kepala Seksi Penunjang Medik

- a) Menyusun rencana kegiatan Seksi Penunjang Medik dengan berpedoman kepada tugas pokok dan fungsi serta ketentuan yang berlaku sebagai pedoman kerja.
- b) Membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku dan memberikan arahan sesuai dengan bidang tugas dan permasalahannya.
- c) Melaksanakan penghimpunan dan pengolahan peraturan perundang-undangan, pedoman dan petunjuk teknis serta bahan lainnya yang berhubungan dengan penunjang medik sebagai pedoman dan landasan kerja.
- d) Melaksanakan, mencari, mengumpulkan, menghimpun, dan mengolah data serta informasi yang berhubungan dengan penunjang medik.
- e) Melaksanakan penyusunan rencana peningkatan dan pengembangan penunjang medik.
- f) Melaksanakan pemantauan, pengendalian dan penggunaan fasilitas dan kegiatan penunjang medik.
- g) Melaksanakan pembuatan dan penyusunan standar kebutuhan tenaga penunjang medik.

- h) Melaksanakan koordinasi penempatan tenaga, sarana dan prasarana di Seksi Penunjang Medik.
- i) Melaksanakan penyusunan anggaran berbasis kinerja Seksi Penunjang Medik.
- j) Mencari, mengumpulkan dan mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan Seksi Penunjang Medik guna meningkatkan kualitas pelayanan medik.
- k) Memberi petunjuk dan bimbingan kepada bawahan agar dalam pelaksanaan tugas sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- l) Menghimpun dan menyiapkan bahan dalam rangka penyusunan konsep kebijakan dan petunjuk teknis Seksi Penunjang Medik.
- m) Menginventarisir permasalahan-permasalahan yang berhubungan dengan Seksi Penunjang Medik serta mencari pemecahannya.
- n) Melaksanakan pengelolaan seluruh pelayanan yang menunjang kegiatan Pelayanan Medik di lingkungan RSUD.
- o) Menilai prestasi kerja bawahan di lingkungan Seksi Penunjang Medik berdasarkan hasil yang dicapai.
- p) Mengawasi dan mengevaluasi kegiatan staff di lingkungan Seksi Penunjang Medik untuk mengetahui permasalahan

agar tidak terjadi penyimpangan.

- q) Membimbing, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan Seksi Penunjang Medik.
- r) Menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan menyangkut pelaksanaan tugas Seksi Penunjang Medik untuk pembinaan dan peningkatan tugas selanjutnya.
- s) Membuat laporan pelaksanaan tugas Seksi Penunjang Medik kepada atasan sebagai pertanggungjawaban dan penilaian atasan.
- t) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas.

5. Tugas Pokok dan Fungsi UPT RSUD Sungai Rumbai

a. Tugas Pokok

Melaksanakan kegiatan teknis operasional di bidang pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian serta penapisan teknologi bidang Kesehatan.

b. Fungsi Rumah Sakit

- Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

- Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan Kesehatan.
- Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.
- Pelaksanaan administrasi rumah sakit.
- Pelaksanaan tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

6. Visi-misi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya

a. Visi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya

“Dharmasraya Sejahtera Merata”

b. Misi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya

- Peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan akses yang lebih luas serta layanan berkualitas bagi masyarakat.
- Penguatan ekonomi berbasis potensi lokal, dengan mendukung UMKM dan mengoptimalkan sumber daya daerah.
- Pembangunan infrastruktur yang maju dan merata, guna menopang pertumbuhan ekonomi serta kesejahteraan warga.
- Pengelolaan lingkungan berkelanjutan, dengan kebijakan pembangunan ramah lingkungan.

- ## B. Profil Peserta

Penulis merupakan salah satu Alumni dari salah satu perguruan tinggi negeri yaitu Universitas Andalas dengan Program Studi Kimia, yang mengawali pendidikan pada tahun 2015 dan berhasil menyelesaikannya tepat waktu yaitu di tahun 2019.

Berdasarkan Surat Keputusan Bupati Dharmasraya Nomor: 800.1.2.5/02/ BKPSDM-2025 Tahun 2025 Tentang Pengangkatan Calon Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Dharmasraya Tahun 2025. Berikut profil singkat peserta diklat Calon Pegawai Negeri Sipil tersebut, sehubungan dengan tugas pokok dan fungsi jabatan penulis:

Nama : Jenny Pangestika Gunawan, S.Si

NIP : 19971203 202505 2 003

Tempat/Tgl Lahir : Dharmasraya/ 03 Deseember 1997

Agama : Islam

Alamat : Jr. Koto Agung Kiri, Nagari Sungai Duo, Kec.

Sitiung, Kab. Dharma Raya

Tempat Tugas : UPT RSUD Sungai Rumbai

Instansi : Pemerintah Kabupaten Dharmasraya

Pendidikan : Jurusan Kimia Universitas Andalas

2. Tugas Pokok dan Fungsi Jabatan Peserta

Adapun rincian kegiatan/tugas jabatan Pranata Laboratorium

Kesehatan ahli pertama yaitu:

1. Melaksanakan kegiatan penerimaan sampel/spesimen untuk pemeriksaan laboratorium.
2. Melaksanakan kegiatan menerima pasien laboratorium.
3. Melaksanakan kegiatan pengentrian hasil laboratorium ke RME.
4. Melaksanakan kegiatan mencatat hasil pemeriksaan laboratorium.
5. Melaksanakan kegiatan merekap laporan harian pelayanan laboratorium.
6. Melaksanakan kegiatan tugas tambahan dari atasan.
7. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

BAB III

RINGKASAN RANCANGAN AKTUALISASI

A. Deskripsi Core Isu

Berhubungan dengan rancangan aktualisasi, isu yang ditetapkan oleh penulis melalui persetujuan mentor dan coach adalah “Proses Identifikasi Pasien yang Masih Manual”.

Ada tiga tahapan pemantapan mutu internal (PMI) yang dilakukan, antara lain tahap pra analitik, analitik, dan pasca analitik. Kegiatan tahap pra analitik adalah serangkaian kegiatan laboratorium sebelum pemeriksaan spesimen yang meliputi persiapan pasien, pemberian identitas spesimen, pengambilan dan penampungan spesimen, penanganan spesimen, pengiriman spesimen, serta pengolahan dan penyiapan spesimen.

Identifikasi sampel pasien di laboratorium adalah tahap kritis dalam pelayanan laboratorium, karena kesalahan kecil dapat berdampak pada diagnosis dan terapi yang akan dilakukan oleh pasien. Identifikasi sampel pasien termasuk dalam tahapan Pra Analitik, karena merupakan kegiatan mempersiapkan pasien sebelum pemeriksaan.

Menurut buku bahan ajar kendali mutu laboratorium, kesalahan yang terjadi pada tahap Pra Analitik adalah yang terbesar, yaitu dapat mencapai 60% - 70%. Tujuan pengendalian tahap pra analitik yaitu untuk menjamin bahwa spesimen-spesimen yang diterima benar dan dari pasien yang benar pula serta memenuhi syarat yang telah ditentukan.

Pada unit laboratorium RSUD Sungai Rumbai permasalahan pra analitik yang dihadapi yaitu pemberian identitas pasien. Hal ini dapat disebabkan oleh identifikasi pasien pada wadah sampel yang masih ditulis secara manual. Petugas dari unit lain masih sering tidak menuliskan nama pada wadah sampel pasien saat akan melakukan pemeriksaan laboratorium. Sehingga, petugas laboratorium terkadang masih harus bertanya lagi untuk memastikan pemeriksaan apa yang dilakukan.

Berikut sampel urine yang tidak tertulis nama pasien serta jenis pemeriksaannya dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 3.1 Wadah sampel yang tidak tertulis nama

Dampak apabila proses identifikasi sampel pasien masih manual yaitu sampel pasien akan rawan tertukar sehingga bisa mengakibatkan salah diagnosis pada pasien, selain itu juga bisa membuat petugas laboratorium bekerja dua kali sehingga mengakibatkan konsumsi reagen lebih banyak dan

menurunkan efisiensi laboratorium. Reagen adalah bahan kimia atau biologis yang digunakan dalam pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi, mengukur, atau menganalisis zat tertentu dalam sampel pasien.

Isu ini berkaitan dengan Implementasi SMART ASN dalam kurangnya inovasi berbasis teknologi yang diterapkan pada identifikasi sampel pasien. Penerapan digitalisasi ini berfungsi untuk mencegah kesalahan yang rawan terjadi pada tahap Pra Analitik, serta membantu petugas untuk melakukan verifikasi ganda. Hal ini mencerminkan penerapan nilai-nilai dasar ASN yang Akuntabel.

B. Analisis Core Issue

Berdasarkan metode APKL di atas, maka isu yang akan diangkat adalah **“Proses identifikasi sampel pasien yang masih manual”** selanjutnya penulis akan menganalisis faktor penyebab isu dengan teknik USG (Urgency, Seriousness, Growth).

1. Urgency : Seberapa mendesak suatu isu harus dibahas, dianalisis dan ditindak lanjuti
2. Seriousness : Seberapa serius suatu isu harus dibahas dikaitkan dengan akibat yang akan ditimbulkan.
3. Growth : Seberapa besar kemungkinan memburuknya isu tersebut jika tidak ditangani

Tabel 3.1

Analisis Penyebab Isu dengan teknik USG

No	Faktor Penyebab	Kriteria			Jumlah Nilai	Peringkat Kualitas
		U	S	G		
1	Belum dikembangkan sistem digital proses identifikasi pasien	5	4	4	13	I
2	Petugas tidak melakukan verifikasi ganda	4	4	4	12	II
3	Tidak adanya audit mutu berkala terkait kesalahan pra analitik	4	4	3	11	III

Keterangan :

Skor 5 : Sangat USG

Skor 4 : USG

Skor 3 : Cukup USG

Skor 2 : Kurang USG

Skor 1 : Tidak USG

USG adalah akronim dari *Urgency*, *Seriousness* dan *Growth*. *Urgency* artinya seberapa mendesak suatu isu harus dibahas, dianalisis dan ditindaklanjuti. Pada penyebab isu 1 (satu), mendapatkan nilai 5 dikarenakan diperlukan penulisan data pasien yang sudah memanfaatkan teknologi agar mencegah kesalahan. *Seriousness* berarti seberapa serius suatu isu harus dibahas dikaitkan dengan akibat yang akan ditimbulkan.

Pada penyebab isu 1 (satu), mendapatkan nilai 4 dikarenakan identifikasi pasien harus dilakukan secara digital agar mencegah kesalahan pemeriksaan serta diagnosis pasien. *Growth* yang artinya seberapa besar kemungkinan memburuknya isu tersebut jika tidak ditangani. Pada penyebab isu 1 (satu), mendapatkan nilai 4 dikarenakan proses identifikasi pasien adalah tahap awal pemeriksaan yang sangat penting sehingga jika isu tidak segera diselesaikan akan berdampak pada kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan di RSUD Sungai Rumbai.

Berdasarkan analisa USG diatas, diketahui akar penyebab dari isu **“Proses identifikasi sampel pasien yang masih manual”** tersebut adalah **“Belum dikembangkan sistem digital proses identifikasi pasien”**.

C. Rumusan Isu

Proses identifikasi sampel pasien yang masih manual di Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai menjadi isu utama yang jika dibiarkan dapat memberi dampak buruk berupa sampel pasien akan rawan tertukar sehingga bisa mengakibatkan salah diagnosis pada pasien. Oleh karena itu diperlukan digitalisasi proses identifikasi sampel pasien menggunakan QR Code, sistem ini menjadi langkah inovatif yang menggantikan metode manual pelabelan sampel. Dengan adanya QR Code, setiap sampel pasien kini memiliki kode unik yang terhubung langsung dengan data identitas dan jenis pemeriksaan yang tercatat dalam sistem digital. Penerapan sistem digital ini juga memberikan dampak positif terhadap akurasi dan keamanan data. Kegiatan ini dilakukan pada kurun waktu pelaksanaan yaitu 1 – 14 Oktober 2025.

D. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu

Berdasarkan analisis penyebab masalah dengan menggunakan teknik USG maka didapatkan penyebab isu dengan skor terbesar **“Belum dikembangkan sistem digital proses identifikasi pasien”** yang menjadi prioritas utama untuk dicarikan pemecahan masalahnya pada rancangan aktualisasi ini. Gagasan kreatif yang akan dilakukan untuk menyelesaikan core isu tersebut adalah **“Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan QR Code”**, dengan judul **“Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan QR Code di UPT RSUD Sungai Rumbai”**. Gagasan kreatif tersebut memiliki keterkaitan dengan Manajemen ASN, sesuai pada pasal 49 Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara menjelaskan tentang pengembangan kompetensi yang dimana setiap Pegawai ASN wajib melakukan pengembangan kompetensi melalui pembelajaran secara terus menerus agar tetap relevan dengan tuntutan organisasi. Atas dasar tersebut maka ide kreatif ini dibuat dalam menunjang pengembangan kualitas SDM di Unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai.

Gagasan kreatif ini juga memiliki keterkaitan dengan Smart ASN. Dimana pada era digitalisasi sekarang, sebagai bentuk mewujudkan smart ASN, maka seorang ASN idealnya harus mampu dan memahami teknologi, adapun sebagai upaya menggunakan teknologi dengan bijak maka seorang ASN harus memahami pilar-pilar literasi digital. Salah satu point pada pilar-pilar digital yakni digital skills atau keterampilan digital yang dimana seorang

ASN harus mampu dan memahami teknologi baik itu perangkat keras maupun perangkat lunak serta cara penggunaannya. Gagasan kreatif ini hadir sebagai bentuk mewujudkan smart ASN dalam mengasah digital skills di Unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai.

Untuk terwujudnya gagasan kreatif maka kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan pada masa habituasi:

1. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait rancangan aktualisasi
2. Mempelajari cara pembuatan *QR Code*
3. Membuat simulasi sistem *QR Code*
4. Membuat SPO terkait penggunaan *QR Code*
5. Melakukan sosialisasi kepada petugas Laboratorium terkait penggunaan *QR Code*
6. Melaksanakan penggunaan *QR Code* untuk identifikasi sampel pasien
7. Mengevaluasi hasil kegiatan kepada Kepala Ruangan Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai

BAB IV
CAPAIAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

A. Matrik Jadwal Kegiatan Aktualisasi

Tabel 4.1 Rencana Jadwal Kegiatan Aktualisasi

No.	Kegiatan	September				Oktober		
		II	III	IV	V	I	II	III
1	Kegiatan ke-1 Melakukan konsultasi dengan mentor terkait rancangan aktualisasi (10-16 September 2025)							
2	Kegiatan ke-2 Mempelajari cara pembuatan <i>QR Code</i> (17-18 September 2025)							
3	Kegiatan ke-3 Membuat simulasi sistem <i>QR Code</i> (19-20 september 2025)							
4	Kegiatan ke-4 Membuat SPO terkait penggunaan <i>QR Code</i> (20-28 september)							
5	Kegiatan ke-5 Melakukan sosialisasi kepada petugas Laboratorium terkait penggunaan <i>QR Code</i> (29 September 2025)							
6	Kegiatan ke -6 Melaksanakan penggunaan <i>QR Code</i> untuk identifikasi sampel pasien (01 -14 Oktober 2025)							
7	Mengevaluasi hasil kegiatan kepada Kepala Ruangan Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai (13-17 Oktober)							

B. Matrik Pelaksanaan Aktualisasi

Tabel 4.2 Matrik Pelaksanaan Aktualisasi

Unit Kerja	:	UPT RSUD Sungai Rumbai
Identifikasi Isu	:	1. Proses identifikasi sampel pasien yang masih manual 2. Kurangnya Efektivitas Kotak Saran dalam Menunjang Penilaian Pelayanan Laboratorium 3. Belum optimalnya pemanfaatan media sosial untuk edukasi pemeriksaan Laboratorium
Isu yang diangkat	:	Proses identifikasi sampel pasien yang masih manual
Gagasan Pemecahan Isu	:	Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan QR Code di UPT RSUD Sungai Rumbai yang merupakan Implementasi dari SMART ASN. Gagasan kreatif tersebut memiliki keterkaitan dengan Manajemen ASN, yaitu menunjang pengembangan kualitas SDM di Unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai. Gagasan kreatif ini juga memiliki keterkaitan dengan Smart ASN. Gagasan kreatif ini hadir sebagai bentuk mewujudkan smart ASN dalam mengasah digital skills di Unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai.

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Melakukan konsultasi dengan mentor terkait rancangan aktualisasi	1. Menyepakati jadwal konsultasi dengan mentor.	1. Tersedianya catatan jadwal konsultasi dengan mentor.	Berorientasi Pelayanan: Saya telah mengutamakan kenyamanan mentor dengan menanyakan waktu yang paling sesuai bagi mentor Harmonis: Saya telah menjaga adab dan sopan santun dalam berkomunikasi via Whatsapp Loyal: Saya telah menunjukkan sikap mendahulukan kepentingan pembelajaran dan organisasi dibandingkan kepentingan pribadi.	Mentor	Tidak	-	Dilakukan sebelum kegiatan inti

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				Adaptif : Saya telah berusaha mengatur jadwal konsultasi agar tidak mengganggu agenda mentor. Kolaboratif: Saya telah bekerja sama secara sinergis dengan mentor, terbuka dalam berdiskusi, dan berupaya mencapai kesepakatan jadwal yang saling menguntungkan				
		2. Melakukan konsultasi terkait rancangan aktualisasi.	2. Tersedianya catatan dan dokumentasi foto konsultasi.	Akuntabel: Saya telah mencatat setiap masukan mentor untuk ditindaklanjuti.. Kompeten: Saya telah datang dengan persiapan matang dan memahami	Mentor	Tidak	-	Pada tahap ini terjadinya konsultasi dengan mentor

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				materi yang akan dikonsultasikan. Harmonis : Saya telah menjaga sikap sopan santun, mendengarkan dengan penuh perhatian, dan menghargai setiap pendapat mentor. Loyal: Saya telah menjadikan setiap arahan mentor sebagai bagian dari komitmen untuk menghasilkan rancangan aktualisasi terbaik demi kemajuan instansi. Adaptif: Saya telah menerima kritik dan saran dengan lapang dada serta siap menyesuaikan				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				rancangan sesuai arahan mentor. Kolaboratif : Saya telah bekerja sama dengan mentor untuk menyempurnakan rancangan.				
		3. Menyampaikan hasil konsultasi dengan Mentor kepada Kepala Ruangan Laboratorium	3. Tersedianya catatan dan dokumentasi foto konsultasi	Berorientasi pelayanan: Saya telah menyampaikan maksud dan tujuan kegiatan dengan jelas, memastikan Kepala Ruangan Laboratorium memahami setiap detailnya, dan memberikan pelayanan informasi yang terbaik.. Akuntabel: Saya telah menyiapkan semua data dan informasi yang relevan	Kelapa Ruangan	Tidak	-	Pada tahap ini terjadinya koordinasi dengan kepala ruangan

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				dan bertanggung jawab untuk menjelaskan manfaat kegiatan yang akan dilakukan, serta memastikan bahwa kegiatan ini tidak akan mengganggu alur kerja di Unit Laboratorium. Adaptif: Saya telah menerima setiap arahan dan revisi dari Kepala Ruangan Laboratorium dengan terbuka dan cepat beradaptasi untuk menyesuaikan rencana kegiatan. Kolaboratif : Saya telah menerima saran dan arahan dari Kepala Ruangan Laboratorium.				
		4. Meminta	4. Tersedianya	Harmonis :	Mentor	Tidak	-	Pada

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
		persetujuan mentor untuk melaksanakan kegiatan aktualisasi	lembar persetujuan yang ditandatangani atasan	Saya telah menyampaikan permintaan dengan bahasa yang sopan, menghormati keputusan atasan, serta menjaga etika komunikasi Loyal: Saya telah menjaga nama baik pimpinan dan instansi dalam rancangan aktualisasi atas izin yang telah diberikan. Adaptif: Saya telah menerima arahan, masukan, atau perubahan dari atasan untuk menyesuaikan kegiatan aktualisasi.	Dan Staf Tata Usaha			tahapan ini, adanya surat persetujuan menandakan diizinkan melakukan kegiatan
2.	Mempelajari cara pembuatan	1. Mengumpulkan informasi cara	1. Tersedianya catatan cara pembuatan	Akuntabel: Saya telah mencatat sumber informasi	-	-	-	-

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
	QR Code	pembuatan QR Code	QR Code.	dengan jelas agar dapat dipertanggungjawabkan Kompeten: Saya telah mencari informasi dari sumber terpercaya dan memperdalam pemahaman tentang aplikasi/teknologi QR Code Harmonis: Saya telah menghargai informasi dari sesama petugas laboratorium terkait cara pembuatan QR Code Adaptif: Saya telah terbuka terhadap berbagai metode pembuatan QR Code, baik manual maupun menggunakan aplikasi online.				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				Kolaboratif : Saya telah mengajak rekan kerja berbagi informasi atau pengalaman terkait penggunaan QR Code untuk memperkaya pengetahuan.				
		2. Menentukan data yang akan ditampilkan pada QR Code	2. Tersedianya rancangan data yang akan ditampilkan pada QR Code.	Berorientasi Pelayanan: Saya telah memilih data yang benar-benar dibutuhkan pasien dan petugas agar QR Code praktis dan bermanfaat Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan Kepala Ruangan Laboratorium dan mentor dalam mengonfirmasi dan menyetujui data yang akan digunakan	Kepala Ruangan Laboratorium	Tidak	-	Pada tahap ini mencari informasi data yang dapat ditampilkan pada label QR Code

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				sebelum membuat QR Code agar hasilnya akurat dan bermanfaat Akuntabel: Saya telah menentukan data dengan hati-hati, mencatat dasar pertimbangan, serta memastikan sesuai aturan privasi dan keamanan pasien Harmonis : Saya telah menghargai masukan dari mentor atau rekan kerja mengenai data apa saja yang layak ditampilkan Loyal: Saya telah menyesuaikan data dengan kebijakan instansi serta menjaga kerahasiaan data pasien				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				sebagai bentuk loyalitas pada organisasi dan negara Adaptif: Saya telah fleksibel menyesuaikan data jika ada perubahan kebutuhan sistem informasi rumah sakit (SIMRS) atau standar laboratorium				
3.	Membuat simulasi sistem QR Code	1. Melakukan pembuatan QR Code	1. Tersedianya hasil QR Code.	Berorientasi Pelayanan: Saya telah membuat QR Code dengan tujuan mempermudah identifikasi data pasien/sampel agar pelayanan lebih cepat dan akurat. Akuntabel: Saya telah memastikan data yang dimasukkan	-	-	-	-

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				ke dalam <i>QR Code</i> benar, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan Harmonis : Saya telah berkomunikasi dengan rekan atau mentor dengan sopan jika membutuhkan masukan selama proses pembuatan Adaptif: Saya telah fleksibel menggunakan berbagai platform atau software sesuai kebutuhan dan kondisi fasilitas. Kolaboratif : Saya telah melibatkan rekan laboratorium serta mentor dalam memvalidasi hasil <i>QR</i>				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				Code agar bisa digunakan bersama.				
		2. Melaksanakan uji coba pemindaian QR Code.	2. Terlaksananya uji coba dan dokumentasi .	Berorientasi Pelayanan: Saya telah melakukan uji coba dengan tujuan memastikan QR Code dapat dipindai dengan cepat dan mudah sehingga mempermudah pelayanan pasien. Akuntabel: Saya telah mendokumentasikan hasil uji coba, mencatat jika ada error, serta menyampaikan hasil dengan jujur dan transparan Kompeten: Saya telah memastikan pemindaian berhasil	Semua Staf Laboratorium	Tidak	-	-

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				menampilkan data yang sesuai Loyal: Saya telah menjaga data hasil pemindaian tetap aman dan tidak disalahgunakan Adaptif: Saya telah mencoba berbagai perangkat untuk memastikan QR Code dapat dipindai dalam kondisi berbeda. Kolaboratif : Saya telah melibatkan rekan kerja untuk <i>cross-check</i> hasil pemindaian agar validasi lebih kuat dan objektif.				
4.	Membuat SPO terkait penggunaan QR Code	1. Mengumpulkan referensi yang dibutuhkan	1. Terkumpulnya referensi pembuatan SPO	Berorientasi Pelayanan: Saya telah mengumpulkan referensi dengan tujuan	Kepala Ruangan	Tidak	-	Pencarian referensi melibatkan Kepala

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
		untuk membuat SPO		agar SPO yang dibuat dapat membantu orang lain bekerja lebih mudah, cepat, dan sesuai prosedur Akuntabel: Saya telah mencari referensi yang terpercaya agar menghasilkan SPO yang sesuai standar Adaptif: Saya telah menyusun SPO sesuai dengan referensi yang sudah ada				Ruangan untuk membimbing
		2. Membuat draft SPO penggunaan QR Code untuk wadah sampel di Laboratorium	2. Tersedianya draft SPO penggunaan QR Code untuk wadah sampel di Laboratorium	Berorientasi Pelayanan: Saya telah menyusun SPO agar dapat mempermudah petugas laboratorium untuk identifikasi wadah	-	-	-	Pembuatan SPO berdasarkan naskah dinas dan referensi yang telah

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				sampel pasien Akuntabel: Saya telah menyusun SPO sesuai dengan referensi dan standarnya Kompeten: Saya telah memahami prinsip kerja QR Code serta alur kerja laboratorium untuk menghasilkan prosedur yang relevan dan tepat guna				dicari
		3. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait pengesahan SPO	3. Tersedianya dokumentasi konsultasi	Akuntabel: Saya telah terus belajar dan mengembangkan kapabilitas dengan meminta masukan dari mentor Loyal: Saya telah	Kepala Ruangan dan Mentor	Tidak	-	Pada tahap ini dilakukannya konsultasi dengan kepala ruangan serta mentor

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				menunjukkan bahwa dalam pembuatan SPO ini mengedepankan masukan dari mentor Adaptif: Saya telah menerima kritik dan saran serta siap menyesuaikan rancangan sesuai arahan mentor Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan mentor untuk menyempurnakan rancangan.				terkait kegiatan
		4. Mengesahkan SPO	4. Tersedianya SPO resmi	Akuntable: Saya telah bertanggung jawab atas SPO yang telah disetujui mentor sesuai dengan standar yang berlaku Harmonis: Saya telah	Kepala Ruangan, Kepala Komite Nakes Lainnya, Kasi Penunjang Medik, dan	Tidak	-	Pada tahap ini terjadinya koordinasi dengan Kepala Ruangan, Kepala Komite

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				menunjukkan upaya untuk menciptakan kesepakatan dan menghargai kontribusi setiap Petugas Laboratorium Loyal: Saya telah menjaga kepercayaan publik dan efektivitas pelayanan Kolaboratif: Saya telah berkoordinasi dengan kepala ruangan laboratorium, kepala komite nakes lainnya, Kasi Penunjang medik, dan Direktur dalam proses finalisasi serta pengesahan SPO agar hasilnya optimal dan disetujui bersama	Direktur			Nakes Lainnya, Kasi Penunjang Medik, dan Direktur

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
5.	Melakukan sosialisasi kepada petugas Laboratorium terkait penggunaan QR Code	1. Merancang bahan dan media sosialisasi.	1. Tersedianya materi dan media sosialisasi.	Akuntabel: Saya telah memastikan informasi yang dituangkan akurat, serta dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan administratif Harmonis: Saya telah menghargai masukan dari mentor dan rekan kerja terkait isi bahan sosialisasi Loyal: Saya telah memastikan isi materi mendukung visi, misi, dan kebijakan organisasi serta menjaga nama baik instansi Kolaboratif: Saya telah berdiskusi dengan rekan kerja atau	Kepala Ruangan	Tidak	-	Pada tahap ini mempersiapkan sosialisasi agar presentasi dapat berjalan dengan lancar

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				mentor untuk mendapatkan perspektif lain, serta bekerja sama untuk menghasilkan bahan sosialisasi yang lebih komprehensif.				
		2. Membuat undangan sosialisasi.	2. Tersedianya screenshot whatsapp undangan.	Berorientasi Pelayanan: Saya telah membuat undangan dengan tujuan memberikan informasi yang jelas dan sopan agar petugas laboratorium dapat hadir tepat waktu dan memahami tujuan kegiatan sosialisasi Akuntabel: Saya telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan jadwal yang tertera di undangan	Petugas Laboratorium	Tidak	-	Pada tahap ini mengundang petugas Laboratorium dengan memanfaatkan whatsapp group

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				Harmonis: Saya telah mengundang petugas Laboratorium menggunakan undangan resmi.				
		3. Melaksanakan sosialisasi.	3. Tersedianya daftar hadir peserta, dokumentasi foto.	Berorientasi pelayanan: Saya telah menyampaikan materi sosialisasi dengan jelas, ramah, dan interaktif agar petugas laboratorium mudah memahami Akuntabel: Saya telah menyajikan informasi yang benar serta mencatat masukan petugas laboratorium sebagai bentuk tanggung jawab Kompeten: Saya telah menguasai	Petugas Laboratorium	Tidak	-	Pada tahap ini dilakukan sosialisasi kepada petugas laboratorium

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				materi sosialisasi dengan baik dan menjawab pertanyaan petugas laboratorium secara tepat Harmonis: Saya telah menguasai materi sosialisasi dengan baik dan menjawab pertanyaan petugas laboratorium secara tepat Loyal: Saya telah menyampaikan sosialisasi sesuai kebijakan organisasi serta menjaga citra positif instansi Adaptif: Saya telah fleksibel dalam menyesuaikan				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				gaya penyampaian materi sosialisasi sesuai dengan pendengar, serta siap menghadapi pertanyaan atau kendala yang tidak terduga Kolaboratif: Saya telah berkoordinasi dengan pihak terkait, seperti rekan kerja yang membantu, untuk memastikan setiap detail sosialisasi terlaksana dengan sinergis dan efektif				
6.	Melaksanakan penggunaan QR Code untuk identifikasi sampel pasien	1. Melakukan uji coba penggunaan QR Code.	1. Tersedianya dokumentasi uji coba.	Berorientasi Pelayanan: Saya telah melaksanakan uji coba dengan teliti, mencari dan memperbaiki setiap	Petugas Laboratorium	Tidak	-	Pada tahap ini dilakukan uji coba yang melibatkan semua

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				kesalahan, memastikan aplikasi berfungsi dengan optimal sebelum digunakan oleh pengguna Akuntabel: Saya telah mencatat dan memantau penggunaan <i>QR Code</i> sebagai bentuk pertanggungjawaban Kompeten: Saya telah memanfaatkan kegiatan uji coba ini untuk mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan Loyal: Saya telah memastikan hasil uji coba menunjukkan bahwa penggunaan <i>QR Code</i>				Petugas Laboratorium

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				dapat diandalkan sebagai wujud dedikasi saya untuk menghadirkan inovasi yang bermanfaat bagi instansi Adaptif: Saya telah fleksibel dalam menyesuaikan <i>QR Code</i> jika ditemukan masalah, serta siap untuk melakukan perbaikan yang diperlukan dengan cepat. Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan petugas laboratorium untuk mendapatkan umpan balik, mendengarkan masukan mereka, dan menggunakan informasi				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				tersebut untuk menyempurnakan sistem				
		2. Memantau penggunaan QR Code secara berkala.	2. Tersedianya laporan pemantauan.	Berorientasi pelayanan: Saya telah memastikan QR Code dapat memberikan kemudahan bagi petugas Laboratorium dalam bekerja Akuntabel: Saya telah mencatat dan memantau penggunaan QR Code sebagai bentuk pertanggungjawaban Harmonis: Saya telah memastikan penggunaan QR Code tidak mengganggu alur kerja di unit, menciptakan suasana	Petugas Laboratorium	Tidak	-	

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				kerja yang nyaman dan produktif Loyal: Saya telah melakukan pemantauan ini sebagai bentuk dedikasi untuk memastikan penggunaan <i>QR Code</i> memberikan manfaat maksimal bagi instansi dan para pengguna Adaptif: Saya telah siap untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan pada <i>QR Code</i> berdasarkan data pemantauan dan umpan balik yang diterima Kolaboratif; Saya telah berkoordinasi dengan pengguna dan pihak terkait lainnya untuk				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				mendapatkan umpan balik yang konstruktif dan bekerja sama dalam menyelesaikan setiap masalah yang ditemukan				
		3. Melakukan perbaikan jika ditemukan masalah.	3. Tersedianya laporan perbaikan.	Berorientasi Pelayanan: Saya telah merespons setiap masalah dengan cepat dan solutif, memastikan perbaikan dilakukan secara menyeluruh agar penggunaan <i>QR Code</i> kembali optimal dan memberikan pelayanan terbaik kepada pengguna Akuntabel: Saya telah bertanggung jawab penuh atas setiap perbaikan yang	Kepala Ruangan	Tidak	-	Pada tahap ini dilakukan perbaikan masalah dan dilaporkan kepada kepala ruangan

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				dilakukan, mendokumentasikan setiap perubahan, dan memastikan masalah tidak terulang kembali di kemudian hari Kompeten: Saya telah menganalisis akar masalah dengan akurat dan mengimplementasikan solusi teknis yang efektif dan efisien, menunjukkan penguasaan saya terhadap kompetensi teknis Harmonis: Saya telah menghubungi pengguna yang melaporkan masalah dengan ramah dan sopan, memberikan				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				informasi tentang status perbaikan, dan menjaga komunikasi yang baik Loyal: Saya telah melakukan perbaikan ini sebagai wujud dedikasi untuk menjaga kualitas aplikasi dan memastikan inovasi yang telah dibuat tetap memberikan manfaat maksimal bagi instansi Adaptif: Saya telah menyesuaikan <i>QR Code</i> dengan masukan dari pengguna Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan petugas Laboratorium untuk mengidentifikasi dan				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				menyelesaikan masalah				
7.	Mengevaluasi hasil kegiatan kepada Kepala Ruangan Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai	1. Membuat instrumen evaluasi berupa kuesioner.	1. Tersedianya lembar kuesioner evaluasi.	Berorientasi Pelayanan: Saya telah merancang kuesioner dengan pertanyaan yang jelas dan mudah dipahami oleh responden, memastikan evaluasi berjalan lancar dan efisien Akuntabel: Saya telah memastikan bahwa setiap pertanyaan dalam kuesioner bertujuan dan relevan dengan tujuan evaluasi, serta bertanggung jawab atas hasil yang diperoleh Kompeten: Saya telah menggunakan metode	Mentor, Kepala Ruangan	Tidak	-	Pada tahap ini dilakukan evaluasi berupa kuisisioner kepada petugas laboratorium serta menyerahkan laporan evaluasi kepada kepala ruangan laboratorium

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				perancangan instrumen evaluasi yang tepat, serta menganalisis setiap data yang terkumpul untuk mendapatkan hasil yang akurat Harmonis: Saya telah menyusun kuesioner dengan struktur yang logis dan tidak membingungkan, menciptakan pengalaman yang nyaman bagi responden saat mengisinya Loyal: Saya telah memastikan kuesioner ini mendukung tujuan instansi untuk mengevaluasi efektivitas program, sebagai wujud				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				dedikasi saya Adaptif: Saya telah fleksibel dalam menyesuaikan pertanyaan jika diperlukan, serta terbuka untuk menambahkan aspek-aspek baru yang muncul selama proses evaluasi Kolaboratif: Saya telah berdiskusi dengan mentor atau pihak terkait lainnya untuk mendapatkan masukan, serta bekerja sama dalam menyusun kuesioner yang komprehensif				
		2. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan.	2. Tersedia dokumentasi kegiatan evaluasi	Akuntabel: Saya telah menyajikan hasil evaluasi secara jujur dan transparan,	Petugas Laboratorium	Tidak	-	

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
			berupa foto.	bertanggung jawab atas setiap temuan, dan memastikan bahwa setiap kesimpulan didukung oleh data yang valid Kompeten: Saya telah menerapkan metode analisis data yang tepat untuk mengevaluasi efektivitas kegiatan, serta mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan Harmonis: Saya telah mendiskusikan hasil evaluasi dengan ramah dan terbuka kepada pihak terkait, menciptakan suasana yang kondusif untuk				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				menerima masukan dan membangun solusi bersama Loyal: Saya telah menggunakan hasil evaluasi sebagai dasar untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi kegiatan di masa depan, sebagai wujud dedikasi untuk kemajuan instansi Adaptif: Saya telah fleksibel dalam menginterpretasi data evaluasi, serta siap untuk menyesuaikan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil yang ditemukan Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan tim atau				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				pihak terkait dalam membahas temuan evaluasi, serta merumuskan langkah-langkah perbaikan secara sinergis				
		3. Membuat laporan kegiatan.	3. Tersedianya bukti laporan kegiatan.	Akuntabel: Saya telah menulis laporan secara jujur dan akurat berdasarkan data dan bukti yang valid, serta bertanggung jawab atas isi dan kesimpulan yang disajikan Kompeten: Saya telah menganalisis setiap data yang ada untuk mengevaluasi keberhasilan kegiatan dan menyajikannya dalam laporan secara profesional,	-	-	-	

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				menunjukkan kompetensi saya Adaptif: Saya telah siap untuk melakukan revisi dan penyesuaian jika ada masukan, serta fleksibel dalam mengakomodasi setiap perubahan format laporan yang mungkin diperlukan				
		4. Penyerahan laporan kepada atasan/mentor.	4. Tersedianya dokumentasi penyerahan laporan.	Akuntabel: Saya telah menyerahkan laporan yang lengkap dan akurat sesuai dengan data di lapangan, serta bertanggung jawab untuk setiap informasi yang termuat di dalamnya Kompeten: Saya telah menjelaskan	Kepala Ruangan	Tidak	-	-

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				poin-poin penting dalam laporan dengan jelas dan ringkas, menunjukkan pemahaman mendalam tentang setiap tahapan yang telah saya lalui Harmonis: Saya telah menghargai waktu atasan/mentor, dan menciptakan suasana yang nyaman dan terbuka saat berdiskusi mengenai laporan yang diserahkan Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dalam berdiskusi mengenai temuan-temuan dalam laporan, serta mendengarkan				

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Stakeholder Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
				setiap arahan sebagai bentuk sinergi untuk pengembangan diri di masa depan				

C. Matrik Rekapitulasi Realisasi Habituasi NND PNS (BerAKHLAK)

Tabel 4.3

Matrik Rekapitulasi Rencana Habituasi

N o	Mata Pelatihan	Kegiatan														Jumlah Aktualisasi per MP	
		Ke-1		Ke-2		Ke-3		Ke-4		Ke-5		Ke-6		Ke-7			
		Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi
1.	Berorientasi Pelayanan	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	3	3	1	1	11	14
2.	Akuntabel	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	3	3	4	4	18	20
3.	Kompeten	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	4	11	11
4.	Harmonis	3	3	2	2	1	1	1	1	3	3	2	2	3	3	15	15
5.	Loyal	3	3	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	13	14
6.	Adaptif	4	4	3	3	2	2	2	2	1	1	3	3	3	3	18	18
7.	Kolaboratif	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	18	18
Jumlah MP yang Diaktualisasikan per Kegiatan		17	18	13	13	10	11	11	13	14	14	19	19	20	20	104	110

D. Capaian Penyelesaian Core Isu

Tabel 4.4 Capaian Penyelesaian Core Isu

KONDISI CORE ISU	
Sebelum Aktualisasi	Sesudah Aktualisasi
Belum adanya SPO penggunaan QR Code untuk wadah sampel di laboratorium, proses pelabelan dan identifikasi sampel pasien masih dilakukan secara manual menggunakan tulisan tangan. Prosedur tersebut belum memiliki pedoman tertulis yang mengatur langkah-langkah, standar pelaksanaan, maupun tanggung jawab petugas dalam proses identifikasi sampel menggunakan sistem digital. Akibatnya, setiap petugas memiliki cara dan kebiasaan masing-masing dalam membuat label pada wadah sampel, yang menimbulkan ketidak konsistenan dalam pencatatan dan pelacakan data pasien.	Telah tersedia SPO penggunaan QR Code untuk wadah sampel di laboratorium. Kini laboratorium telah memiliki SPO yang menjadi pedoman baku bagi seluruh petugas, baik admin maupun analis (ATLM), dalam proses pembuatan, penempelan, dan pemindaian QR Code pada wadah sampel pasien. Adanya dokumen SPO ini memastikan setiap tahapan dilakukan secara seragam, terstandar, dan mudah dipahami oleh seluruh petugas yang terlibat dalam pelayanan laboratorium. Dengan tersedianya SPO ini, penerapan sistem QR Code di laboratorium menjadi lebih terstruktur dan efisien. Petugas

	administrasi telah memiliki panduan jelas mengenai cara pembuatan dan pencetakan QR Code berdasarkan data pasien yang terintegrasi, sedangkan petugas analis dapat melakukan proses pemindaian QR Code dengan mudah untuk memastikan kesesuaian identitas sampel sebelum pemeriksaan. Hal ini mengurangi risiko terjadinya kesalahan identifikasi, mempercepat alur kerja, serta meningkatkan akurasi pencatatan hasil pemeriksaan.
Belum dikembangkan sistem digital proses identifikasi sampel pasien di laboratorium, kondisi di laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai masih didominasi oleh proses manual dalam pencatatan dan identifikasi sampel pasien. Setiap sampel yang diterima dari ruang pelayanan dicatat secara	Telah dikembangkan sistem digital menggunakan QR Code untuk identifikasi sampel pasien di laboratorium. Sistem ini menjadi langkah inovatif yang menggantikan metode manual pelabelan sampel. Dengan adanya QR Code, setiap sampel pasien kini memiliki kode unik yang terhubung langsung

tertulis di buku register dan dilabeli dengan ditulis tangan. Proses ini berpotensi menimbulkan kesalahan tulis atau ketidaksesuaian antara identitas pasien dan hasil pemeriksaan, terutama saat jumlah sampel meningkat. Selain itu, belum adanya sistem digital yang mendukung proses identifikasi membuat komunikasi antarpetugas laboratorium, terutama antara admin dan analis (ATLM), kurang efektif, karena analis (ATLM) harus bertanya ke ruang admin terlebih dahulu untuk tau jenis pemeriksaan yang dilakukan. Dari sisi pelayanan, kondisi ini menghambat upaya modernisasi dan efisiensi kerja di laboratorium.	dengan data identitas dan jenis pemeriksaan yang tercatat dalam sistem digital. Penerapan sistem digital ini juga memberikan dampak positif terhadap akurasi dan keamanan data. Dari sisi pelayanan, pengembangan sistem digital QR Code memberikan peningkatan signifikan terhadap efisiensi, ketertiban, dan mutu layanan laboratorium.. Penerapan inovasi ini juga menandai langkah awal menuju transformasi digital layanan laboratorium, sejalan dengan upaya pemerintah dalam mendukung digitalisasi pelayanan kesehatan. Dengan demikian, setelah kegiatan aktualisasi, laboratorium telah bertransformasi menjadi unit kerja yang lebih modern, efisien, dan berorientasi pada mutu pelayanan berbasis teknologi informasi.
---	--

E. Manfaat terselesaikannya Core Isu

Dengan terselesaikannya Core Isu ini memberikan manfaat terhadap beberapa pihak, diantaranya yaitu:

1. Individu Peserta

Peserta dapat memahami, mengaktualisasikan, dan menghabituisasikan nilai-nilai ber-AKHLAK (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif) dalam pelayanan publik terutama di lingkungan rumah sakit. sehingga penggunaan QR Code untuk wadah sampel di laboratorium dapat membuat individu memahami pentingnya digitalisasi dalam meningkatkan kualitas layanan.

2. Instansi

Dengan adanya sistem digital, masyarakat memperoleh kepastian identitas sampel yang lebih akurat, sehingga risiko tertukar atau kesalahan hasil pemeriksaan dapat diminimalisasi. Proses pelayanan menjadi lebih transparan dan mudah dipantau, sehingga meningkatkan rasa aman serta kenyamanan pasien dalam menerima layanan. Inovasi ini meningkatkan kualitas pelayanan publik yang berorientasi pada kepentingan masyarakat, sehingga dapat memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap instansi penyelenggara layanan kesehatan.

3. Stakeholders

Bagi petugas laboratorium, sistem digital ini memudahkan pekerjaan melalui alur administrasi yang lebih efisien, terstruktur, dan minim kesalahan. Proses pelacakan serta validasi sampel menjadi lebih akurat,

sehingga meningkatkan profesionalitas sekaligus meringankan beban kerja manual. Sementara itu, bagi pasien, sistem digital memberikan kepastian identitas sampel yang lebih aman dan terpercaya, sehingga hasil pemeriksaan dapat diyakini kebenarannya. Secara keseluruhan, sistem ini meningkatkan kualitas interaksi antara petugas dan pasien serta memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap layanan laboratorium.

F. Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi

Setelah mengikuti seluruh rangkaian kegiatan pelatihan dasar CPNS, maka rencana tindak lanjut hasil aktualisasi yang akan penulis lakukan sebagai berikut :

Tabel 4.5 Rencana tindak lanjut hasil aktualisasi

No	Kegiatan	Output	Durasi & Waktu	Pihak yang terlibat	Sumber Biaya	Ket
1	Menganalisa kendala pelaksanaan kegiatan penggunaan QR Code yang terjadi saat ini sebagai bahan perbaikan penggunaan QR Code ke depannya	Catatan hasil konsultasi dan dokumentasi	2x sebulan	Teman sejawat dan Kepala Ruangan di Laboratorium	-	-
2	Membuat instrumen evaluasi berupa kuisisioner kepada petugas laboratorium	Adanya kuisisioner untuk evaluasi penggunaan QR Code	1x sebulan	Teman sejawat dan Kepala Ruangan di Laboratorium	-	-

3	Melaporkan hasil kegiatan pemantauan dan evaluasi kepada Kepala Ruangan Laboratorium	Foto dokumentasi	1x sebulan	Kepala Ruangan di Laboratorium	-	-
4	Mengintegrasikan Sistem QR Code dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)	Sistem QR Code terhubung dengan SIMRS	Bertahap	Teman sejawat dan Kepala Ruangan di Laboratorium	-	-

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Aktualisasi/Habitulasi Masa Pelatihan

a. Kegiatan 1

Kegiatan melakukan konsultasi dengan mentor terkait rancangan aktualisasi. Dalam kegiatan ini, diterapkan nilai Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif. Pelaksanaan kegiatan konsultasi ini bertujuan memastikan keselarasan program dengan visi organisasi, memperoleh persetujuan resmi, dan melalui konsultasi ini, peserta memperoleh arahan, masukan, serta penyempurnaan terhadap rancangan aktualisasi agar lebih relevan, terukur, dan dapat diterapkan secara efektif di lingkungan kerja.

b. Kegiatan 2

Kegiatan mempelajari cara pembuatan *QR Code*. Dalam kegiatan ini, diterapkan nilai Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif. Melalui kegiatan ini, peserta memperoleh pengetahuan mengenai pembuatan *QR Code*, cara menghubungkan data pasien ke dalam kode unik, serta langkah-langkah pencetakan dan penerapan pada wadah sampel.

c. Kegiatan 3

Kegiatan membuat simulasi sistem *QR Code*. Kegiatan membuat simulasi ini memuat nilai Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif. Uji coba ini bertujuan memastikan bahwa proses pembuatan, pencetakan, dan pemindaian *QR Code* berjalan dengan baik serta data pasien dapat terbaca dengan akurat.

d. Kegiatan 4

Kegiatan membuat SPO terkait penggunaan *QR Code*. Kegiatan ini memuat nilai Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif. Kegiatan dilaksanakan untuk memberikan pedoman yang jelas dan terstruktur bagi seluruh petugas laboratorium dalam penerapan sistem digital identifikasi sampel pasien.

e. Kegiatan 5

Kegiatan sosialisasi kepada petugas Laboratorium terkait penggunaan *QR Code*. Kegiatan sosialisasi ini memuat nilai memuat nilai Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif. Sosialisasi dilakukan untuk menjelaskan kepada petugas administrasi dan analis (ATLM) tentang prosedur pembuatan, pelabelan, dan pemindaian *QR Code* sesuai dengan SPO yang telah disusun.

f. Kegiatan 6

Kegiatan penggunaan *QR Code* untuk identifikasi sampel pasien. Kegiatan pelaporan ini memuat nilai Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif. Kegiatan ini juga menunjukkan peningkatan kinerja petugas dalam penerapan teknologi informasi serta menjadi langkah penting menuju sistem pelayanan laboratorium yang modern, terstandar, dan terintegrasi dengan SIMRS.

g. Kegiatan 7

Kegiatan mengevaluasi hasil kegiatan kepada Kepala Ruangan Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai. Kegiatan evaluasi ini memuat nilai Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kolaboratif. Kegiatan ini juga menjadi bentuk pertanggungjawaban dan komitmen dalam meningkatkan mutu pelayanan melalui penerapan inovasi teknologi yang efektif, efisien, dan sesuai dengan standar operasional yang telah ditetapkan.

2. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu

Gagasan kreatif yang akan dilakukan untuk menyelesaikan core isu adalah “**Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan *QR Code***”. Gagasan kreatif tersebut memiliki keterkaitan dengan Manajemen ASN, sesuai pada pasal 49 Undang-Undang Nomor 20 Tahun

2023 tentang Aparatur Sipil Negara menjelaskan tentang pengembangan kompetensi yang dimana setiap Pegawai ASN wajib melakukan pengembangan kompetensi melalui pembelajaran secara terus menerus agar tetap relevan dengan tuntutan organisasi. Atas dasar tersebut maka ide kreatif ini dibuat dalam menunjang pengembangan kualitas SDM di Unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai.

Gagasan kreatif ini juga memiliki keterkaitan dengan Smart ASN. Dimana pada era digitalisasi sekarang, sebagai bentuk mewujudkan smart ASN, maka seorang ASN idealnya harus mampu dan memahami teknologi, adapun sebagai upaya menggunakan teknologi dengan bijak maka seorang ASN harus memahami pilar-pilar literasi digital. Salah satu point pada pilar-pilar digital yakni digital skills atau keterampilan digital yang dimana seorang ASN harus mampu dan memahami teknologi baik itu perangkat keras maupun perangkat lunak serta cara penggunaannya. Gagasan kreatif ini hadir sebagai bentuk mewujudkan smart ASN dalam mengasah digital skills di Unit Laboratorium RSUD Sungai Rumbai.

Untuk terwujudnya gagasan kreatif maka kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan pada masa habituasi:

1. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait rancangan aktualisasi
2. Mempelajari cara pembuatan *QR Code*
3. Membuat simulasi sistem *QR Code*
4. Membuat SPO terkait penggunaan *QR Code*

5. Melakukan sosialisasi kepada petugas Laboratorium terkait penggunaan *QR Code*
6. Melaksanakan penggunaan *QR Code* untuk identifikasi sampel pasien
7. Mengevaluasi hasil kegiatan kepada Kepala Ruangan Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai

3. Capaian Hasil Penyelesaian Core isu

Capaian hasil penyelesaian *core* isu **“Belum dikembangkan sistem digital proses identifikasi pasien”** terwujud melalui implementasi gagasan kreatif **“Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan *QR Code*”**. Sistem ini menjadi langkah inovatif yang menggantikan metode manual pelabelan sampel. Dengan adanya *QR Code*, setiap sampel pasien kini memiliki kode unik yang terhubung langsung dengan data identitas dan jenis pemeriksaan yang tercatat dalam sistem digital. Penerapan sistem digital ini juga memberikan dampak positif terhadap akurasi dan keamanan data. Penerapan inovasi ini juga menandai langkah awal menuju transformasi digital layanan laboratorium, sejalan dengan upaya pemerintah dalam mendukung digitalisasi pelayanan kesehatan. Dengan demikian, setelah kegiatan aktualisasi, laboratorium telah bertransformasi menjadi unit kerja yang lebih modern, efisien, dan berorientasi pada mutu pelayanan berbasis teknologi informasi.

B. Rekomendasi

1. Untuk Penyelenggara Pelatihan

Diharapkan penyelenggara dapat meningkatkan kualitas materi dan metode pembelajaran dengan menyesuaikan pada perkembangan teknologi serta tuntutan kinerja ASN yang profesional. Selain itu, pemanfaatan platform digital dalam proses pembelajaran dan pelaporan aktualisasi perlu terus dikembangkan agar peserta dapat lebih mudah berinteraksi, mengakses materi, dan menyusun laporan secara efisien. Disarankan juga agar penyelenggara memperkuat pendampingan coach selama proses aktualisasi, sehingga peserta mendapatkan bimbingan yang lebih intensif dalam menerapkan nilai-nilai dasar ASN (BerAKHLAK) di unit kerja.

2. Untuk Instansi

Kepada instansi tempat peserta bertugas, direkomendasikan agar hasil aktualisasi yang telah dilaksanakan dapat ditindaklanjuti dan dikembangkan menjadi inovasi berkelanjutan di lingkungan kerja. Instansi diharapkan memberikan dukungan penuh terhadap penerapan sistem digital identifikasi sampel pasien menggunakan QR Code, baik melalui penyediaan sarana dan prasarana, pembaruan kebijakan, maupun peningkatan kompetensi pegawai. Selain itu, penting bagi instansi untuk melakukan evaluasi berkala dan pembinaan berkelanjutan agar nilai-nilai dasar ASN (BerAKHLAK) yang telah diinternalisasi melalui kegiatan aktualisasi dapat terus diterapkan dalam pelaksanaan tugas sehari-hari. Dengan demikian, hasil pelatihan dasar CPNS tidak hanya

berhenti pada kegiatan aktualisasi, tetapi juga memberikan dampak nyata terhadap peningkatan mutu layanan dan tata kelola organisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiyono, I., R. Triwardani dan Indrayani. 2011. Pengelolaan Tahapan Pemeriksaan di Laboratorium Klinik. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Aparatur Sipil Negara. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mengko.R. 2013.Instrumen Laboratorium Klinik. ITB:Bandung
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2015 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik: Jakarta. Kementrian Kesehatan.
- Siregar, M. T., Winke, S., Doni, S., Anik, N. 2018. Bahan Ajar Teknologi laboratorium medik (TLM): Kendali Mutu. Pusat pendidikan sumberdaya manusia badan pengembangan dan pemeberdayaan sumber daya manusia kesehatan. Kemenkes

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-1.

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 1	Melakukan konsultasi dengan mentor terkait rancangan aktualisasi.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	10-16 september 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya catatan jadwal konsultasi dengan mentor. 2. Tersedianya catatan dan dokumentasi foto konsultasi. 3. Tersedianya catatan dan dokumentasi foto konsultasi 4. Tersedianya lembar persetujuan yang ditandatangani atasan
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan A. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi 1. Menyepakati jadwal konsultasi dengan mentor a. Berorientasi Pelayanan: Saya telah mengutamakan kenyamanan mentor dengan menanyakan waktu yang paling sesuai bagi mentor b. Harmonis: Saya telah menjaga adab dan sopan santun dalam berkomunikasi. c. Loyal: Saya telah menunjukkan sikap mendahulukan kepentingan pembelajaran dan organisasi dibandingkan kepentingan pribadi. d. Adaptif: Saya telah berusaha mengatur jadwal konsultasi agar tidak mengganggu agenda atasan. e. Kolaboratif: Saya telah bekerja sama secara sinergis dengan mentor, terbuka dalam berdiskusi, dan berupaya mencapai kesepakatan jadwal yang saling menguntungkan	

2. Melakukan konsultasi terkait rancangan aktualisasi.

- a. **Akuntabel:** Saya telah mencatat setiap masukan mentor untuk ditindaklanjuti.
- b. **Kompeten:** Saya telah datang dengan persiapan matang dan memahami materi yang akan dikonsultasikan.
- c. **Harmonis:** Saya telah menjaga sikap sopan santun, mendengarkan dengan penuh perhatian, dan menghargai setiap pendapat mentor.
- d. **Loyal:** Saya telah menjadikan setiap arahan mentor sebagai bagian dari komitmen untuk menghasilkan rancangan aktualisasi terbaik demi kemajuan instansi.
- e. **Adaptif:** Saya telah menerima kritik dan saran dengan lapang dada serta siap menyesuaikan rancangan sesuai arahan mentor.
- f. **Kolaboratif:** Saya telah bekerja sama dengan mentor untuk menyempurnakan rancangan

3. Menyampaikan hasil konsultasi dengan Mentor kepada Kepala Ruangan Laboratorium.

- a. **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah menyampaikan maksud dan tujuan kegiatan dengan jelas, memastikan Kepala Ruangan Laboratorium memahami setiap detailnya, dan memberikan pelayanan informasi yang terbaik.
- b. **Kolaboratif:** Saya telah menerima saran dan arahan dari Kepala Ruangan Laboratorium.
- c. **Akuntabel:** Saya telah menyiapkan semua data dan informasi yang relevan dan bertanggung jawab untuk menjelaskan manfaat kegiatan yang akan dilakukan, serta memastikan bahwa kegiatan ini tidak akan mengganggu alur kerja di Unit Laboratorium.
- d. **Adaptif:** Saya telah menerima setiap arahan dan revisi dari Kepala Ruangan Laboratorium dengan terbuka dan cepat beradaptasi untuk menyesuaikan rencana kegiatan.

4. Meminta persetujuan mentor untuk melaksanakan kegiatan aktualisasi

- a. **Adaptif:** Saya telah menerima arahan, masukan, atau perubahan dari atasan untuk menyesuaikan kegiatan aktualisasi.
- b. **Loyal:** Saya telah menjaga nama baik pimpinan dan instansi dalam rancangan aktualisasi atas izin yang telah diberikan.
- c. **Harmonis:** Saya telah menyampaikan permintaan dengan bahasa yang sopan, menghormati keputusan atasan, serta menjaga etika komunikasi

B. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/ evidence

1. Menyepakati jadwal konsultasi dengan mentor

No	Tanggal/Waktu
1	09 September 2025 15.00 WIB

Gambar 2.1.1 Tersedianya catatan jadwal konsultasi dengan mentor

2. Melakukan konsultasi terkait rancangan aktualisasi.



b. Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Mentor

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai		
Tempat Aktualisasi		Unit Laboratorium		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian /Output	Paraf Mentor
1	09 September 2025 15.00 WIB	1. Tambahkan SPO Penyusunan QR Code 2. Tambahkan notifikasi risiko jika ada kendala 3. Kegiatan selanjutnya	1. Tersedianya rancangan kembaran penyusunan SPO 2. Tersedianya mitigasi risiko 3. Tersedianya materi UI/UX mengenai QR code	

Gambar 2.2.1 Tersedianya catatan dan dokumentasi foto konsultasi

3. Menyampaikan hasil konsultasi dengan Mentor kepada Kepala Ruangan Laboratorium.



2	12. September 2025 08.00 WIB	1. Alur penyusunan QR code di labora- torium 2. Mitigasi risiko	1. Tersedianya alur Penyusunan QR- code 2. Mitigasi risiko: Adanya nama, no RM Tal lahir di Stiker	 (Ka URS Labor)
---	---------------------------------	--	---	---

Gambar 2.3.1 Tersedianya catatan dan dokumentasi foto konsultasi

4. Meminta persetujuan mentor untuk melaksanakan kegiatan aktualisasi

1 of 2



PEMERINTAH KABUPATEN DHARMASRAYA
DINAS KESEHATAN

UPT RSUD SUNGAI RUMBAI

Jl. Lintas Sumatera Km.42 Sungai Rumbai Provinsi Sumatera Barat (27684)
Telp. 0754 - 2371985, Fax. 0754 - 2371985 email : rsudsungairumbai@gmail.com
website : www.rsud-sungairumbai.dharmasraya.go.id

Sungai Rumbai, 12 September 2025

Nomor : 800.1.8.1/512/RSUD SR-2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Izin Pelaksanaan Aktualisasi CPNS tahun Angkatan 2025

Berdasarkan permohonan dari CPNS tahun Angkatan 2025 tentang Permohonan Izin Aktualisasi sebagai salah satu rangkaian kegiatan pelatihan dasar (Latsar) di UPT RSUD Sungai Rumbai, maka dengan ini Direktur UPT RSUD Sungai Rumbai menyetujui Izin Pelaksanaan Aktualisasi kepada :

No	Nama / NIP	Judul Aktualisasi
1	Hassanal Mohammad Ikandar, A.Md.RO NIP. 19950824 202505 1 002	Analisis Persiapan Pelayanan Poli Mata di UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya
2	Ridho Rizki Ananda, A.Md Ft NIP. 19961030 202505 1 003	Efektifitas Pemberian Edukasi Home Program Melalui Video Edukasi Terhadap Kesembuhan Pasien di Unit Fisioterapi UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya
3	apt. Dian Primadi, S.Farm NIP. 19991126 202505 1 001	Digitalisasi Pencatatan Stok Pembekalan Farmasi Menggunakan Aplikasi PAP (Pharmacy Access Point) di Unit Farmasi UPT RSUD Sungai Rumbai
4	Ivni Amelia Citra, A.Md.Farm NIP. 19950607 202505 2 002	Peningkatan Efektifitas Pemantauan Kedaluwarsa Obat Berbasis Digitalisasi Menggunakan Aplikasi PAP (Pharmacy Access Point) di Unit Farmasi UPT RSUD Sungai Rumbai
5	Debora Fitri Darwin, S.K.M NIP. 19980129 202505 2 004	Peningkatan Kepatuhan Minum Obat Pasien TB melalui Sistem Pengingat Otomatis untuk Pasien di UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya
6	Chicha Nahdatul Huda, S.Gz NIP. 19980403 202505 2 003	Pembuatan Logbook untuk Meningkatkan Kepatuhan Petugas Penjamah Makanan dalam Pemakaian APD pada Penyelenggaraan Makanan di Unit Gizi UPT RSUD Sungai Rumbai
7	Erni Yunitasari, M. A.Md.Kes NIP. 19990615 202505 2 002	Peningkatan Mutu Pelayanan dengan Melengkapi SOP dan Formulir Ceklist Kelengkapan di Unit Pengelola Darah UPT RSUD Sungai Rumbai

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Besar Sertifikasi Elektronik (BSSE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

8	Winatun Hasanah, A.Md.Kes NIP. 2001524 202505 2 002	Peningkatan Kunjungan Pasien Poli Gigi melalui Layanan Konsultasi Online Menggunakan Whatsapp
9	Ns. Silfia Anggraini, S.Kep NIP. 19901001 202505 2 001	Penyusunan Standar Operasional Prosedur Perawatan Alat Medis Kamar operasi dalam Rangka Terib tatalaksana Perawatan Alat Medis Kamar Operasi di UPT RSUD Sungai Rumbai
10	Lusi Wulandari, A.Md Keb NIP. 19901128 202505 2 001	Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis berdasarkan Standar Akreditasi untuk Keselamatan Lingkungan Kerja di UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya
11	Ns. Widiyanti Wahyuningtyas, S.Kep NIP. 19941116 202505 2 002	Efektifitas Pemeliharaan Sarana dan Prasarana menggunakan QR Code di Ruang Operasi UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya
12	Irawati Purbu, A.Md Kes NIP. 19991008 202505 2 006	Peningkatan Mutu Pelayanan Laboratorium melalui Strategi Pencegahan Double Sampling di UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya
13	dr. Fany Desprimahesa NIP. 19931216 202505 2 001	Peningkatan Implementasi Deteksi Kegawatiranan dengan Metode EVIS (Early Warning System) Terintegrasi Rekam Medik Elektronik pada Pasien Rawat Inap UPT RSUD Sungai Rumbai
14	Jenny Pangestika Gunawan, S.Si NIP. 19971203 202505 2 003	Digitalisasi Proses Identifikasi Sampel Pasien Menggunakan QR Code di UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur,



dr. Sujito, M.KM
Pembina / IV a
NIP. 197908212008041001

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Besar Sertifikasi Elektronik (BSSE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Gambar 2.4.1 Tersedianya lembar persetujuan yang ditanda tangani atasan

C. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Menyepakati jadwal konsultasi dengan mentor

- Proses: Peserta memperhatikan ketersediaan waktu mentor serta melibatkan penyampaian jadwal fleksibel. Kesepakatan ditetapkan secara jelas, terdokumentasi, dan dapat dipertanggungjawabkan untuk memastikan keberlangsungan kegiatan aktualisasi
- Kualitas Produk: Komunikasi yang transparan, kesepahaman antara peserta dan mentor, serta jadwal yang disusun realistis sesuai kebutuhan pembimbingan. Semakin cepat dan efektif proses penyepakatan dilakukan, semakin terjamin kelancaran kegiatan konsultasi berikutnya. Hal ini juga menunjukkan sikap disiplin, menghargai waktu, serta berorientasi pada mutu dalam pelaksanaan

aktualisasi.

2. Melakukan konsultasi terkait rancangan aktualisasi.

- a. Proses: Peserta mempresentasikan ide, latar belakang, tujuan, serta tahapan kegiatan kepada mentor. Dalam proses ini, peserta menerima masukan, arahan, serta perbaikan dari mentor untuk menyempurnakan rancangan agar sesuai dengan aturan, kebutuhan organisasi, dan manfaat bagi masyarakat. Diskusi dilakukan secara dua arah dengan suasana terbuka dan komunikatif.
- b. Kualitas Produk: Keterbukaan peserta dalam menerima kritik dan saran, kemampuan menyampaikan rancangan dengan jelas, serta komitmen untuk memperbaiki dan menyesuaikan rancangan berdasarkan arahan mentor. Semakin baik kualitas konsultasi, semakin relevan dan matang rancangan aktualisasi yang dihasilkan untuk mendukung peningkatan kinerja organisasi dan pelayanan publik.

3. Menyampaikan hasil konsultasi dengan Mentor kepada Kepala Ruangan Laboratorium.

- a. Proses: Peserta menjelaskan poin-poin penting yang diperoleh dari diskusi, termasuk masukan, perbaikan, dan arahan yang perlu ditindaklanjuti. Proses penyampaian dilakukan secara jelas dan sistematis agar kepala ruangan memahami substansi perubahan rancangan aktualisasi. Dokumentasi hasil penyampaian juga dibuat sebagai bentuk pertanggungjawaban.
- b. Kualitas Produk: Kejelasan komunikasi, sikap profesional, serta ketepatan dalam menyampaikan informasi tanpa mengurangi atau menambah isi hasil konsultasi. Kegiatan ini menunjukkan keterbukaan, akuntabilitas, serta membangun sinergi antara peserta, mentor, dan kepala ruangan dalam menyempurnakan rancangan aktualisasi.

4. Meminta persetujuan mentor untuk melaksanakan kegiatan aktualisasi

- a. Proses: Peserta menyampaikan dokumen rancangan secara lengkap, menjelaskan tujuan, tahapan, serta luaran yang akan dicapai, lalu memohon persetujuan resmi dari mentor untuk dapat melanjutkan ke

tahap pelaksanaan. Proses ini dilaksanakan dengan komunikasi formal dan menghargai peran mentor sebagai pembimbing.

- b. Kualitas Produk: Laporan kegiatan aktualisasi yang disusun secara mandiri, sesuai pedoman, valid, serta telah mendapatkan persetujuan mentor sebagai dasar pelaksanaan kegiatan

D. Manfaat Kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi

Kegiatan ini mendukung Visi Pemerintahan Kabupaten Dharmasraya “Dharmasraya Sejahtera Maju”. Dan salah satu Misinya “Meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan memastikan akses yang lebih baik serta peningkatan mutu layanan bagi seluruh masyarakat”.

E. Analisis dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS

Jika konsultasi dengan mentor tidak dijalankan sesuai NDS, maka prosesnya berpotensi hanya menjadi formalitas tanpa arah yang jelas. Dampaknya bagi satuan kerja, koordinasi menjadi tidak efektif, mutu rancangan aktualisasi menurun serta capaian organisasi tidak optimal. Sementara itu, bagi masyarakat pelayanan yang dihasilkan berisiko tidak maksimal, kepercayaan publik terhadap asn menurun, dan inovasi yang seharusnya bermanfaat tidak memberikan perbaikan nyata.

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai– Pemerintah Kabupaten Dharmasraya		
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Rabu, 10 September 2025 / 15.00 WIB	- Tambahkan pembuatan SPO pada rencana kegiatan aktualisasi - Tambahkan mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	- Tersedianya rancangan kegiatan Pembuatan SPO - Tersediany mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	

c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai– Pemerintah Kabupaten Dharmasraya			
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas			
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian / Output	Media komunikasi (Telepon/WA/LMS /Email/dll)	Paraf Coach
1.	Rabu, 17 September 2025	Menyerahkan draft laporan minggu ke-1 sesuai dengan kegiatan yang dilakukan			

Lampiran 2. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-2.

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 2	Mempelajari cara pembuatan QR Code.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	17 September s.d 18 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya catatan cara pembuatan QR Code. 2. Tersedianya rancangan data yang akan ditampilkan pada QR Code.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan A. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi - Mengumpulkan informasi cara pembuatan QR Code Akuntabel: Saya telah mencatat sumber informasi dengan jelas agar dapat dipertanggungjawabkan Kompeten: Saya telah mencari informasi dari sumber terpercaya dan memperdalam pemahaman tentang aplikasi/teknologi QR Code Adaptif: Saya telah terbuka terhadap berbagai metode pembuatan QR Code, baik manual maupun menggunakan aplikasi online, Kolaboratif: Saya telah mengajak rekan kerja berbagi informasi atau pengalaman terkait penggunaan QR Code untuk memperkaya pengetahuan - Menentukan data yang akan ditampilkan pada QR Code. Berorientasi Pelayanan: Saya telah memilih data yang benar-benar dibutuhkan pasien dan petugas agar QR Code praktis dan bermanfaat. Akuntabel: Saya telah menentukan data dengan hati-hati, mencatat dasar pertimbangan, serta memastikan sesuai aturan privasi dan keamanan pasien. Harmonis: Saya telah menghargai masukan dari mentor atau rekan	

kerja mengenai data apa saja yang layak ditampilkan.

- d. **Loyal:** Saya telah menyesuaikan data dengan kebijakan instansi serta menjaga kerahasiaan data pasien sebagai bentuk loyalitas pada organisasi dan negara.
- e. **Adaptif:** Saya telah fleksibel menyesuaikan data jika ada perubahan kebutuhan sistem informasi rumah sakit (SIMRS) atau standar laboratorium.
- f. **Kolaboratif:** Saya telah melibatkan petugas laboratorium dan atasan dalam menentukan data agar hasilnya komprehensif dan bermanfaat.

B. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/ evidence

1. Mengumpulkan informasi cara pembuatan QR Code

No	Teks / Angka	QR CODE
1	angka muda	[QR Code]
2	212132134	[QR Code]
3		
4		
5		
6		

GOOGLE SHEET | CARA BUAT QRCODE OTOMATIS

TAMHAR NAID
3,93 rb subscriber

Gabung

GOOGLE SHEET | CARA BUAT QRCODE OTOMATIS

Bagikan

Download

Sumber: <https://www.youtube.com/watch?v=M8oYs3QRErA>



Telusuri

NO.	MERKE MOTOR	JENIS MOTOR	TAHUN KELUARAN	WARNA	QR CODE
1	HONDA CRF	TRAIL	2019	MERAH	
2	SUZUKI SATRIA FU	BEBEK SPORT	2018	HITAM	
3	YAMAHA N-MAX	MATIC	2020	PUTIH	
4	KAWASAKI NINJA	SPORT	2015	HIAU	

CARA MEMBUAT QR CODE MENGGUNAKAN EXCEL



EASYSYSTEM TUTORIAL
17 rb subscriber

Subscribe

803



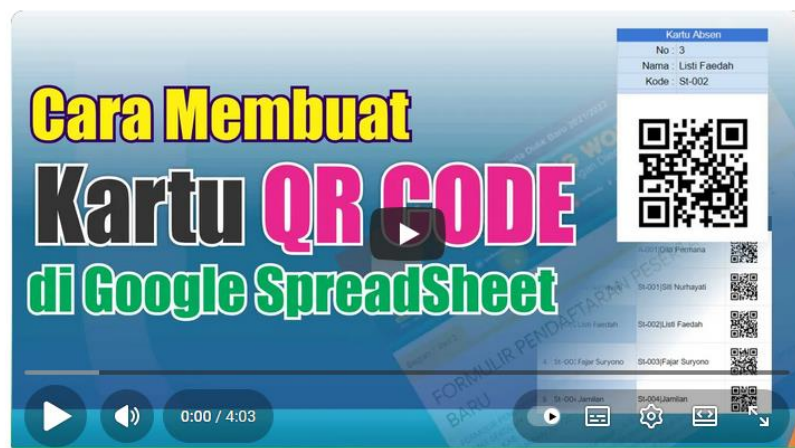
Bagikan



Sumber: <https://www.youtube.com/watch?v=5s-7Ob8rNHw>



Telusuri



Cara Membuat QR CODE di google spreadsheet Untuk Kartu Nama



QolbaEDU
3,55 rb subscriber

Subscribe

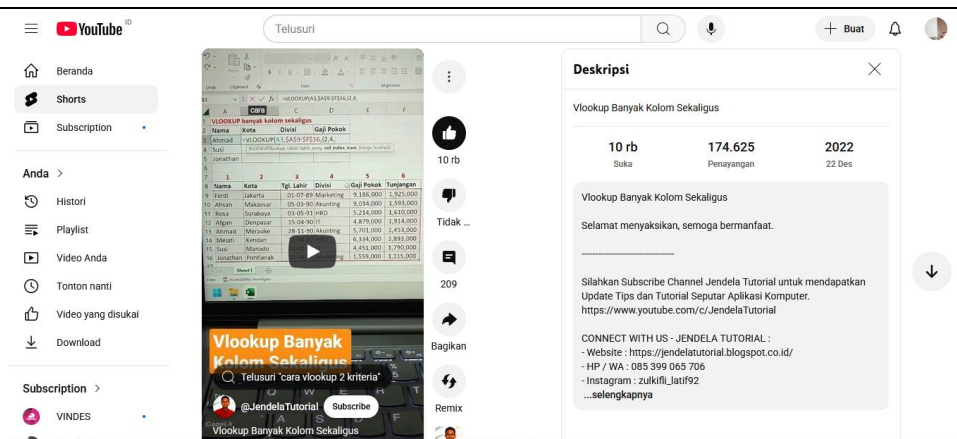
151



Bagikan

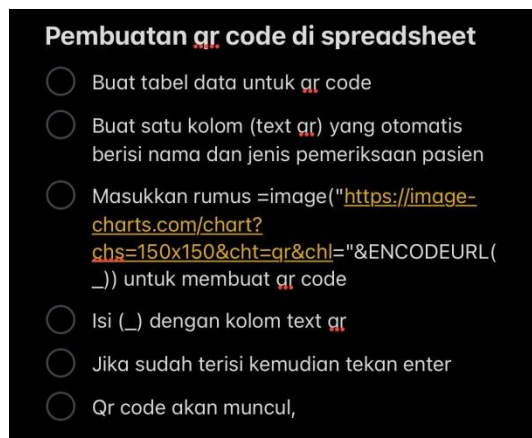


Sumber: <https://www.youtube.com/watch?v=NuS80XpjD30>



Sumber: https://www.youtube.com/shorts/TmB0sT_rpKA

Gambar 2.1.1 Sumber informasi pembuatan QR Code



Gambar 2.1.2 Catatan cara pembuatan QR Code

2. Menentukan data yang akan ditampilkan pada QR Code.

	NAMA	# NO RM	Tr JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR
1	An. L	05.09.85	Perempuan	24/10/2020	GDS, H2TL, URIN LENGKAP,	An. L 05.09.85 Perempuan 24/10/2020	An. L GDS, H2TL, URIN LENGKAP,
2	Ny. Z	00.00.00	Perempuan	07/09/1998	UR CR	Ny. Z 00.00.00 Perempuan 07/09/1998	Ny. Z UR CR
3	Tn. B	09.08.07	Laki-laki	09/10/1997	GDP, AU	Tn. B 09.08.07 Laki-laki 09/10/1997	Tn. B GDP, AU
4	Ny. A	09.09.09	Perempuan	10/06/1991	WIDAL	Ny. A 09.09.09 Perempuan 10/06/1991	Ny. A WIDAL
5	Ny. S	08.08.08	Perempuan	01/01/1987	URIN LENGKAP	Ny. S 08.08.08 Perempuan 01/01/1987	Ny. S URIN LENGKAP

Gambar 2.1.2 Rancangan data yang akan ditampilkan pada QR Code

C. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Mengumpulkan informasi cara pembuatan QR Code

- a. Proses: Peserta mengumpulkan informasi cara pembuatan QR Code dilakukan melalui studi literatur, penelusuran sumber-sumber digital, serta berdiskusi dengan pihak yang berkompeten di bidang teknologi informasi atau sistem informasi rumah sakit. Proses ini bertujuan memperoleh pemahaman yang jelas mengenai langkah teknis pembuatan QR Code, aplikasi yang digunakan, hingga cara penerapannya dalam identifikasi sampel pasien.
- b. Kualitas Produk: Ketelitian dalam memilih sumber informasi yang valid, kemampuan mengolah informasi menjadi pengetahuan yang mudah dipahami, serta keterbukaan untuk membandingkan berbagai metode pembuatan QR Code. Semakin lengkap dan akurat informasi yang dikumpulkan, semakin tinggi kesiapan peserta dalam melanjutkan tahap praktik dan implementasi aktualisasi.

2. Menentukan data yang akan ditampilkan pada QR Code.

- a. Proses: Peserta menyeleksi informasi penting yang relevan dengan identifikasi sampel pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, jenis pemeriksaan, dan tanggal pengambilan sampel. Proses ini dilakukan secara hati-hati dengan mempertimbangkan kebutuhan pelayanan laboratorium serta aspek kerahasiaan data pasien sesuai aturan yang berlaku.
- b. Kualitas Produk: Ketepatan dalam memilih data yang esensial tanpa menampilkan informasi berlebihan, kepatuhan terhadap standar kerahasiaan data medis, serta konsistensi dalam format data yang diputuskan. Semakin tepat dan akurat data yang dipilih, semakin tinggi efektivitas QR Code dalam mendukung proses identifikasi sampel pasien.

D. Manfaat Kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi

Kegiatan ini mendukung Visi Pemerintahan Kabupaten Dharmasraya

“Dharmasraya Sejahtera Maju”. Dan salah satu Misinya “Meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan memastikan akses yang lebih baik serta peningkatan mutu layanan bagi seluruh masyarakat”.

E. Analisis dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS

Jika tahapan kegiatan aktualisasi mempelajari cara pembuatan QR Code tidak dilaksanakan berdasarkan NDS, maka prosesnya berisiko tidak akuntabel, tidak terdokumentasi dengan baik, serta hasil pembelajaran menjadi dangkal sehingga penerapan QR Code tidak optimal. Dampaknya, pada satuan kerja, mutu pelayanan menurun dan potensi kesalahan identifikasi meningkat. Sementara bagi masyarakat, risiko keselamatan pasien bertambah, kepercayaan terhadap ASN menurun, dan kepuasan pelayanan tidak tercapai.

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 3	Membuat simulasi sistem <i>QR Code</i> .
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	19 September s.d 20 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya hasil <i>QR Code</i> . 2. Terlaksananya uji coba dan dokumentasi.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan A. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi - Melakukan pembuatan <i>QR Code</i> Berorientasi Pelayanan: Saya telah membuat <i>QR Code</i> dengan tujuan mempermudah identifikasi data pasien/sampel agar pelayanan lebih cepat dan akurat. Akuntabel: Saya telah memastikan data yang dimasukkan ke dalam <i>QR Code</i> benar, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan. Harmonis: Saya telah berkomunikasi dengan rekan atau mentor dengan sopan jika membutuhkan masukan selama proses pembuatan. Adaptif: Saya telah fleksibel menggunakan berbagai platform atau software sesuai kebutuhan dan kondisi fasilitas. Kolaboratif: Saya telah melibatkan rekan laboratorium serta mentor dalam memvalidasi hasil <i>QR Code</i> agar bisa digunakan bersama - Melaksanakan uji coba pemindaian <i>QR Code</i>. Berorientasi Pelayanan: Saya telah melakukan uji coba dengan tujuan memastikan <i>QR Code</i> dapat dipindai dengan cepat dan mudah sehingga mempermudah pelayanan pasien. Akuntabel: Saya telah mendokumentasikan hasil uji coba, mencatat jika ada error, serta menyampaikan hasil dengan jujur dan transparan. Kompeten: Saya telah memastikan pemindaian berhasil menampilkan data yang sesuai. Loyal: Saya telah menjaga data hasil pemindaian tetap aman dan tidak disalahgunakan.	

e. Adaptif: Saya telah mencoba berbagai perangkat untuk memastikan *QR Code* dapat dipindai dalam kondisi berbeda.

f. Kolaboratif: Saya telah melibatkan rekan kerja untuk *cross-check* hasil pemindaian agar validasi lebih kuat dan objektif.

B. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/ evidence

1. Melakukan pembuatan *QR Code*

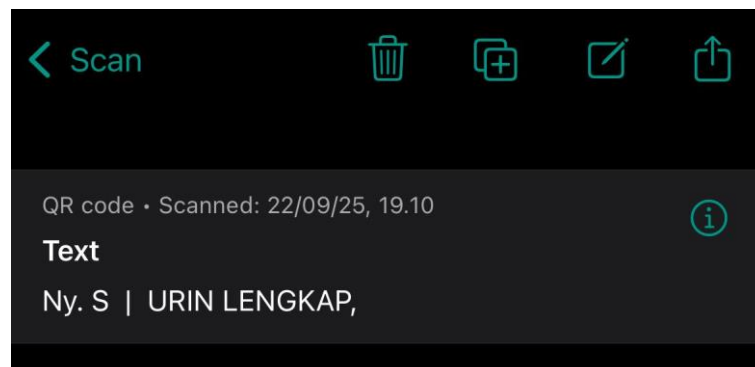
	NAMA	# NO RM	Tr JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR	QR CODE
1	An. L	05.09.85	Perempuan	24/10/2020	URIN LENGKAP, GDS, H2TL	An. L 05.09.85 Perempuan 24/10/2020	An. L URIN LENGKAP, GDS, H2TL	
2	Ny. Z	00.00.00	Perempuan	07/09/1998	UR CR	Ny. Z 00.00.00 Perempuan 07/09/1998	Ny. Z UR CR	
3	Tn. B	09.08.07	Laki-laki	09/10/1997	GDP, AU	Tn. B 09.08.07 Laki-laki 09/10/1997	Tn. B GDP, AU	
4	Ny. A	09.09.09	Perempuan	10/06/1991	Widal	Ny. A 09.09.09 Perempuan 10/06/1991	Ny. A Widal	
5	Ny. S	08.08.08	Perempuan	01/01/1987	URIN LENGKAP,	Ny. S 08.08.08 Perempuan 01/01/1987	Ny. S URIN LENGKAP,	

Gambar 2.1.1 Data Pasien dan *QR Code*

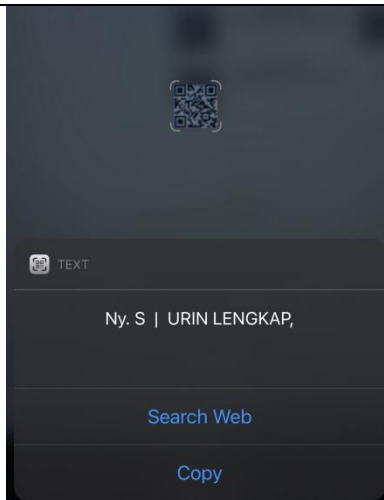
	An. L 05.09.85 Perempuan 24/10/2020		Ny. Z 00.00.00 Perempuan 07/09/1998		Tn. B 09.08.07 Laki-laki 09/10/1997		Ny. A 09.09.09 Perempuan 10/06/1991
	Ny. S 08.08.08 Perempuan 01/01/1987						

Gambar 2.1.2 Desain label *QR Code* yang akan ditempelkan pada wadah sampel

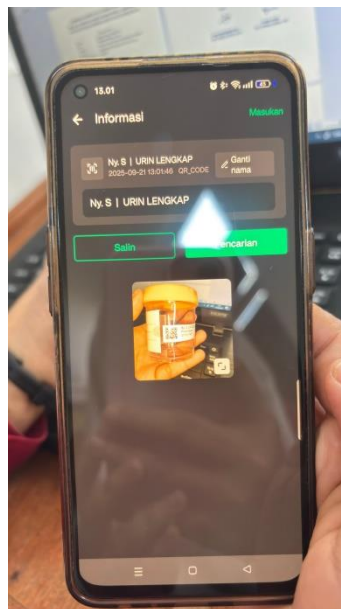
2. Melaksanakan uji coba pemindaian *QR Code*.



Gambar 2.2.1 Scan *QR Code* menggunakan aplikasi QRbot



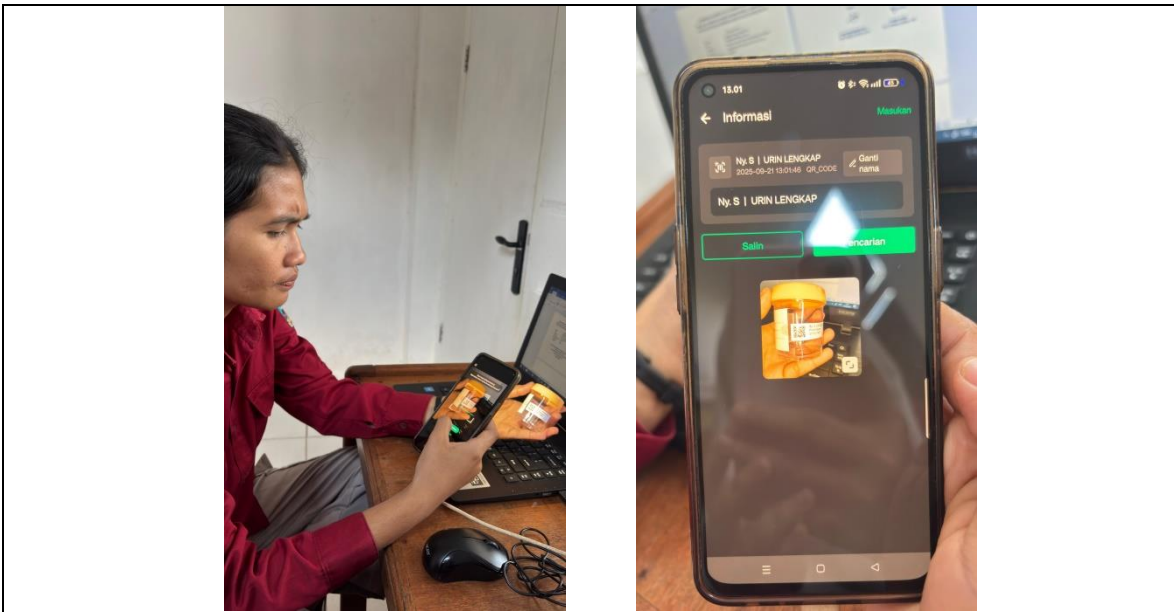
Gambar 2.2.2 Scan QR Code menggunakan kamera iOS



Gambar 2.2.3 Scan QR Code menggunakan aplikasi CamScanner



Gambar 2.2.4 Wadah sampel yang sudah diberi label QR Code



Gambar 2.2.5 Terlaksananya uji coba dan dokumentasi pemindaian QR Code



Gambar 2.2.6 Konsultasi dengan mentor terkait kegiatan 2 dan kegiatan 3

C. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Melakukan pembuatan QR Code

- a. Proses: Peserta memasukkan data pasien yang sudah ditetapkan sebelumnya (seperti nama, nomor rekam medis, tanggal lahir, jenis kelamin, dan jenis pemeriksaan) ke dalam sistem, kemudian menghasilkan QR Code yang dapat dicetak dan ditempelkan pada wadah sampel. Proses ini dilaksanakan secara hati-hati untuk

memastikan data yang diinput benar dan sesuai standar.

- b. Kualitas Produk: ketepatan input data, konsistensi format *QR Code* yang dihasilkan, serta kemampuan *QR Code* untuk terbaca dengan baik oleh pemindai. Selain itu, aspek keamanan dan kerahasiaan data juga diperhatikan sehingga *QR Code* hanya menampilkan informasi sesuai kebutuhan tanpa melanggar privasi pasien. Semakin akurat dan rapi proses pembuatan, semakin tinggi kualitas identifikasi sampel yang dihasilkan.

2. Melaksanakan uji coba pemindaian *QR Code*.

- a. Proses: Peserta menggunakan perangkat pemindai atau aplikasi khusus pada smartphone untuk memastikan *QR Code* yang telah dibuat dapat terbaca dengan baik. Proses ini melibatkan pemindaian beberapa sampel *QR Code* yang ditempelkan pada wadah, kemudian mencocokkan hasil data yang muncul dengan data asli pasien yang diinput. Jika ditemukan error atau ketidaksesuaian, dilakukan evaluasi dan perbaikan pada sistem atau format *QR Code*.
- b. Kualitas Produk: keakuratan hasil pemindaian, kecepatan perangkat dalam membaca *QR Code*, serta minimnya kesalahan. Selain itu, kualitas juga ditunjukkan dengan adanya dokumentasi hasil uji coba dan tindak lanjut perbaikan jika terjadi kendala. Semakin lancar proses pemindaian tanpa kesalahan, semakin tinggi keandalan sistem identifikasi berbasis *QR Code* di laboratorium.

D. Manfaat Kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi

Kegiatan ini mendukung Visi Pemerintahan Kabupaten Dharmasraya “Dharmasraya Sejahtera Maju”. Dan salah satu Misinya “Meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan memastikan akses yang lebih baik serta peningkatan mutu layanan bagi seluruh masyarakat”.

E. Analisis dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS

Jika tahapan kegiatan aktualisasi membuat simulasi sistem *QR Code* tidak dilaksanakan berdasarkan NDS, maka prosesnya berisiko tidak akuntabel, tidak

terdokumentasi dengan baik, dan hasil simulasi hanya menjadi formalitas tanpa komitmen mutu. Dampaknya, pada satuan kerja, sistem yang dihasilkan tidak dapat diandalkan dan kredibilitas organisasi menurun. Sementara bagi masyarakat, risiko kesalahan identifikasi sampel meningkat, pelayanan menjadi tidak optimal, kepercayaan pasien menurun, dan kepuasan publik tidak tercapai.

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai– Pemerintah Kabupaten Dharmasraya		
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Rabu, 10 September 2025 / 15.00 WIB	- Tambahkan pembuatan SPO pada rencana kegiatan aktualisasi - Tambahkan mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	- Tersedianya rancangan kegiatan Pembuatan SPO - Tersediany mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	
2.	Rabu, 15 September 2025 / 14.30 WIB	- Tambahkan nama pada QR Code jangan hanya pemeriksaan - SPO diperlihatkan ke Kepala Ruangan Laboratorium, Komite Nakes lainnya, dan Kasi Penunjang Medik	- Tersedianya nama pada QR Code dan jenis pemeriksaanya - SPO sudah di revisi oleh Kepala Ruangan, dan diperlihatkan kepada Komite Nakes Lainnya dan Kasi Penunjang Medik	

c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai– Pemerintah Kabupaten Dharmasraya			
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas			
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Media komunikasi (Telepon/WA/LMS /Email/dll)	Paraf Coach
1.	Rabu, 22 September 2025	Menyerahkan draft laporan minggu ke-2 sesuai dengan kegiatan yang dilakukan			

Lampiran 3. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-3.

d. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 4	Membuat SPO terkait penggunaan QR Code.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	20 September s.d 28 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Terkumpulnya referensi pembuatan SPO. 2. Tersedianya draft SPO penggunaan QR Code untuk wadah sampel di Laboratorium. 3. Tersedianya dokumentasi konsultasi. 4. Tersedianya SPO resmi
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan A. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi 1. Mengumpulkan referensi yang dibutuhkan untuk membuat SPO a. Akuntabel: Saya telah mencari referensi yang terpercaya agar menghasilkan SPO yang sesuai standar. b. Adaptif: Saya telah menyusun SPO sesuai dengan referensi yang sudah ada 2. Membuat draft SPO. a. Berorientasi Pelayanan: Saya telah menyusun SPO agar dapat mempermudah petugas laboratorium untuk identifikasi wadah sampel pasien. b. Akuntabel: Saya telah menyusun SPO sesuai dengan referensi dan standarnya. 3. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait pengesahan SPO a. Akuntabel: Saya telah terus belajar dan mengembangkan kapabilitas dengan meminta masukan dari mentor b. Loyal: Saya telah menunjukkan bahwa dalam pembuatan SPO ini mengedepankan masukan dari mentor. c. Adaptif: Saya telah menerima kritik dan saran serta siap	

menyesuaikan rancangan sesuai arahan mentor.

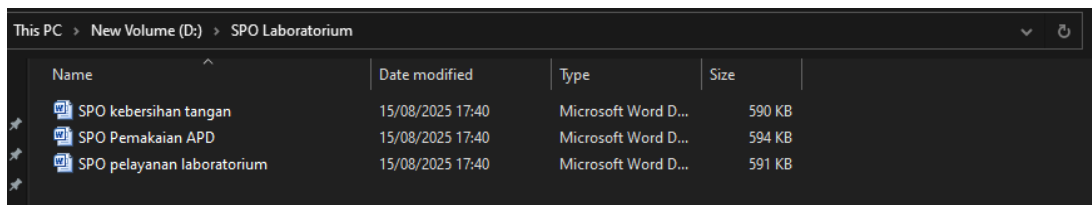
- d. **Kolaboratif:** Saya telah bekerja sama dengan mentor untuk menyempurnakan rancangan

4. Mengesahkan SPO

- a. **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab atas SPO yang telah disetujui mentor sesuai dengan standar yang berlaku
- b. **Harmonis:** Saya telah menunjukkan upaya untuk menciptakan kesepakatan dan menghargai kontribusi setiap Petugas Laboratorium
- c. **Loyal:** Saya telah menjaga kepercayaan publik dan efektivitas pelayanan

B. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/ evidence

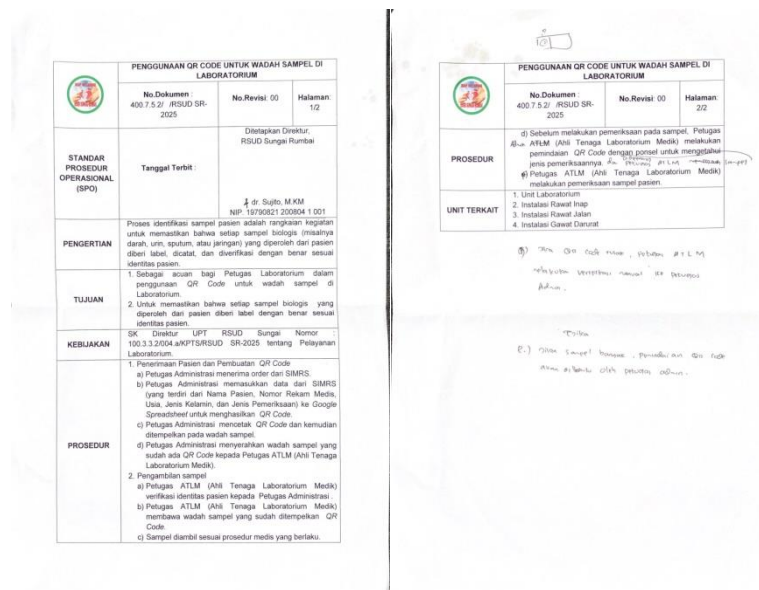
1. Mengumpulkan referensi yang dibutuhkan untuk membuat SPO



Name	Date modified	Type	Size
SPO kebersihan tangan	15/08/2025 17:40	Microsoft Word D...	590 KB
SPO Pemakaian APD	15/08/2025 17:40	Microsoft Word D...	594 KB
SPO pelayanan laboratorium	15/08/2025 17:40	Microsoft Word D...	591 KB

Gambar 2.1.1 Sumber referensi pembuatan SPO

2. Membuat draft SPO.



PENGUNAAN QR CODE UNTUK WADAH SAMPEL DI LABORATORIUM			
No Dokumen	No Revisi	Halaman	
400.7.5.2 - RSUD SR-2025	00	1/2	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur: RSUD Sungai Rumbai Dr. Supri, M.KM NIP. 19760821 200804 1 001	
PENGERTIAN	Proses identifikasi sampel pasien adalah rangkaian kegiatan untuk memastikan bahwa setiap sampel biologis (misalnya darah, urin, sputum, atau jaringan) yang diperoleh dari pasien diberi label, dicatat, dan diverifikasi dengan benar sesuai identitas pasien.		
TUJUAN	1. Sebagai acuan bagi Petugas Laboratorium dalam penggunaan QR Code untuk wadah sampel di Laboratorium. 2. Untuk memastikan bahwa setiap sampel biologis yang diperoleh dari pasien diberi label dengan benar sesuai identitas pasien.		
KEBUJUKAN	SK : Direktur UPT RSUD Sungai Rumbai Nomor 100.3.3.2004.AKPTSRSD- SR-2025 tentang Pelayanan Laboratorium.		
PROSEDUR	1. Penemuan Pasien dan Pembuatan QR Code a) Petugas Administrasi menerima order dari SIMRS. b) Petugas Administrasi memasukkan data dari SIMRS yang terdiri dari Nama Pasien, Nomor Rekam Medis, Usia, Jenis Kelamin, dan Jenis Pemeriksaan ke Google Spreadsheet untuk menghasilkan QR Code. c) Petugas Administrasi memotong QR Code dan kemudian ditempelkan pada wadah sampel. d) Petugas Administrasi menyerahkan wadah sampel yang sudah ada QR Code kepada Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik). 2. Pengambilan sampel a) Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik) verifikasi identitas pasien kepada Petugas Administrasi. b) Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik) menerima wadah sampel yang sudah ditempelkan QR Code. c) Sampel diambil sesuai prosedur medis yang berlaku.		

Gambar 2.2.3 Revisi SPO

3. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait pengesahan SPO



Gambar 2.3.1 Konsultasi terkait SPO dengan Karu Laboratorium, Kepala Komite Nakes Lainnya, dan Kepala Seksi Penunjang Medik



Gambar 2.3.2 Konsultasi terkait SPO dengan Mentor

4. Mengesahkan SPO

	PENGUNAAN QR CODE UNTUK WADAH SAMPEL DI LABORATORIUM	
	Nomor Dokumen : 400.7.5.21/01 RSUD SR-2025	Nomor Revisi : 00
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit : 01 Oktober 2025	 Ditandatangani Direktur, UPT RSUD SUNGAI RUMBAI dr. Sujito, M.KM NIP. 19790821 200804 1 001
	PENGERTIAN Proses identifikasi sampel pasien adalah rangkaian kegiatan untuk memastikan bahwa setiap sampel biologis (misalnya darah, urin, sputum, atau jaringan) yang diperoleh dari pasien diberi label, dicatat, dan diverifikasi dengan benar sesuai identitas pasien.	
TUJUAN	1. Sebagai acuan bagi Petugas Laboratorium dalam penggunaan QR Code untuk wadah sampel di Laboratorium 2. Untuk memastikan bahwa setiap sampel biologis yang diperoleh dari pasien diberi label dengan benar sesuai identitas pasien	
	KEBIJAKAN Surat Keputusan Direktur UPT RSUD Sungai Nomor: 100.3.3.2/004 a/KPTS/RSUD SR-2025 tentang Pelayanan Laboratorium	
PROSEDUR	1. Penerimaan Pasien dan Pembuatan QR Code a) Petugas Administrasi menerima order dari SIMRS b) Petugas Administrasi memasukkan data dari SIMRS (yang terdiri dari Nama Pasien, Nomor Rekam Medik, Usia, Jenis Kelamin, dan Jenis Pemeriksaan) ke Google Spreadsheet untuk menghasilkan QR Code c) Petugas Administrasi mencetak QR Code dan kemudian ditempelkan pada wadah sampel. d) Petugas Administrasi menyerahkan wadah sampel yang sudah ada QR Code kepada Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik). 2. Pengambilan sampel a) Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik) verifikasi identitas pasien kepada Petugas Administrasi. b) Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik) membawa wadah sampel yang sudah ditempelkan QR Code. c) Sampel diambil sesuai prosedur medis yang berlaku. d) Sebelum melakukan pemeriksaan pada sampel, Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik) melakukan pemindaian QR Code dengan ponsel untuk mengetahui jenis pemeriksaannya.	

Gambar 2.4.1 SPO yang telah disahkan

C. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Mengumpulkan referensi yang dibutuhkan untuk membuat SPO
 - a. Proses: Peserta mengumpulkan berbagai referensi yang relevan sebagai dasar penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang sistem digital identifikasi sampel pasien di laboratorium. Proses pengumpulan dilakukan melalui penelusuran dokumen resmi, pencarian data daring, dan koordinasi dengan bagian terkait. Setiap referensi kemudian dianalisis untuk memastikan kesesuaiannya dengan kebutuhan penyusunan SPO dan kondisi aktual di unit kerja.
 - b. Kualitas Produk: Kualitas produk dinilai baik karena seluruh sumber berasal dari dokumen resmi dan kredibel, isinya sesuai dengan topik dan tujuan SPO, serta disusun secara sistematis agar mudah digunakan dalam proses perancangan prosedur. Hasil kegiatan ini memastikan bahwa SPO yang akan disusun nantinya memiliki dasar hukum, teknis, dan operasional yang kuat serta selaras dengan standar pelayanan laboratorium yang berlaku.
2. Membuat draft SPO.
 - a. Proses: Peserta menyusun kerangka SPO sesuai format baku instansi, meliputi pengertian, tujuan, kebijakan, serta uraian prosedur. Penyusunan dilakukan berdasarkan hasil identifikasi kebutuhan di lapangan dan mengacu pada pedoman resmi Kementerian Kesehatan serta kebijakan internal laboratorium. Dalam prosesnya, dilakukan koordinasi dan konsultasi dengan mentor serta pihak terkait untuk memastikan kesesuaian isi dengan praktik kerja yang berlaku.
 - b. Kualitas Produk: Seluruh komponen SPO telah tersusun sesuai standar penyusunan dokumen prosedural, menggunakan bahasa yang jelas, dan mencerminkan alur kerja yang realistis serta operasional. Draft ini juga telah melalui proses telaah awal untuk memastikan keakuratan isi, relevansi terhadap kebutuhan pelayanan laboratorium, serta kesesuaian dengan prinsip mutu dan keselamatan pasien.

3. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait pengesahan SPO.

- a. Proses: Peserta mendapatkan arahan, masukan, dan validasi dari mentor agar dokumen SPO yang dibuat sesuai dengan ketentuan organisasi dan standar pelayanan yang berlaku. Konsultasi dilakukan melalui pertemuan langsung untuk membahas struktur, isi, dan kejelasan prosedur dalam SPO. Dalam kegiatan ini, mentor memberikan saran perbaikan terkait aspek teknis maupun administratif, seperti penyusunan redaksi, kejelasan alur kerja, serta kesesuaian dengan kebijakan internal instansi.
- b. Kualitas Produk: dokumen SPO telah memenuhi standar penyusunan yang berlaku, lebih akurat, serta mencerminkan penerapan prinsip akuntabilitas dan profesionalitas ASN. Selain itu, hasil konsultasi memastikan bahwa SPO tidak hanya sesuai dengan teori dan regulasi, tetapi juga aplikatif untuk diterapkan dalam kegiatan operasional laboratorium.

4. Mengesahkan SPO.

- c. Proses: Peserta memperlihatkan SPO kepada Kepala Ruangan Laboratorium, Kepala Komite Nakes Lainnya, Kasi Penunjang Medik, serta Direktur untuk mengesahkan SPO. Sehingga didapatkan SPO sah yang sudah ditandatangani Direktur UPT RSUD Sungai Rumbai
- Kualitas Produk: dokumen SPO telah sah ditandatangani oleh Direktur UPT RSUD Sungai Rumbai yang ditanda tangani secara kolektif di akhir bimbingan aktualisasi latsar.

D. Manfaat Kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi

Kegiatan ini mendukung Visi Pemerintahan Kabupaten Dharmasraya “Dharmasraya Sejahtera Maju”. Dan salah satu Misinya “Meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan memastikan akses yang lebih baik serta peningkatan mutu layanan bagi seluruh masyarakat”.

E. Analisis dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS

Jika tahapan kegiatan aktualisasi pembuatan SPO terkait penggunaan QR Code pada sampel pasien di laboratorium tidak dilaksanakan berdasarkan NDS, maka akan menimbulkan dampak negatif baik bagi satuan kerja maupun masyarakat. Bagi satuan kerja, ketidakterapan nilai Akuntabilitas dan Kompetensi dapat menyebabkan SPO yang disusun tidak akurat, sulit diterapkan, dan tidak selaras dengan standar mutu pelayanan laboratorium. Kurangnya nilai Kolaboratif dan Harmonis juga dapat menghambat komunikasi antartugas serta menurunkan efektivitas kerja tim. Sementara itu, bagi masyarakat, diabaikannya nilai Berorientasi Pelayanan dapat mengakibatkan penurunan kualitas layanan, risiko kesalahan identifikasi sampel, serta berkurangnya kepercayaan terhadap profesionalitas laboratorium. Akibatnya, tujuan inovasi digital melalui penerapan QR Code untuk meningkatkan mutu dan kecepatan layanan publik tidak tercapai secara optimal.

e. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai– Pemerintah Kabupaten Dharmasraya		
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Rabu, 10 September 2025 / 15.00 WIB	- Tambahkan pembuatan SPO pada rencana kegiatan aktualisasi - Tambahkan mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	- Tersedianya rancangan kegiatan Pembuatan SPO - Tersediany mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	
2.	Rabu, 15 September 2025 / 14.30 WIB	- Tambahkan nama pada QR Code jangan hanya pemeriksaan - SPO diperlihatkan ke Kepala Ruangan Laboratorium, Komite Nakes lainnya, dan Kasi Penunjang Medik	- Tersedianya nama pada QR Code dan jenis pemeriksaanya - SPO sudah di revisi oleh Kepala Ruangan, dan diperlihatkan kepada Komite Nakes Lainnya dan Kasi Penunjang Medik	

3.	Rabu, 24 September 2025 / 14.30 WIB	- Ganti tujuan ke 2 SPO sesuai dengan pengertian identifikasi pasien - Tambahkan Mitigasi risiko pada SPO - Untuk SPO disahkan secara kolektif di akhir Aktualisasi Latsar	- Tersedianya tujuan SPO sesuai dengan pengertian identifikasi pasien - Tersedianya mitigasi risiko pada prosedur SPO	4
----	-------------------------------------	--	--	---

a. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai– Pemerintah Kabupaten Dharmasraya			
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas			
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Media komunikasi (Telepon/WA/LMS /Email/dll)	Paraf Coach
1.	Rabu, 08 Oktober 2025	Menyerahkan draft laporan minggu ke-3 sesuai dengan kegiatan yang dilakukan			

Lampiran 4. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-4.

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

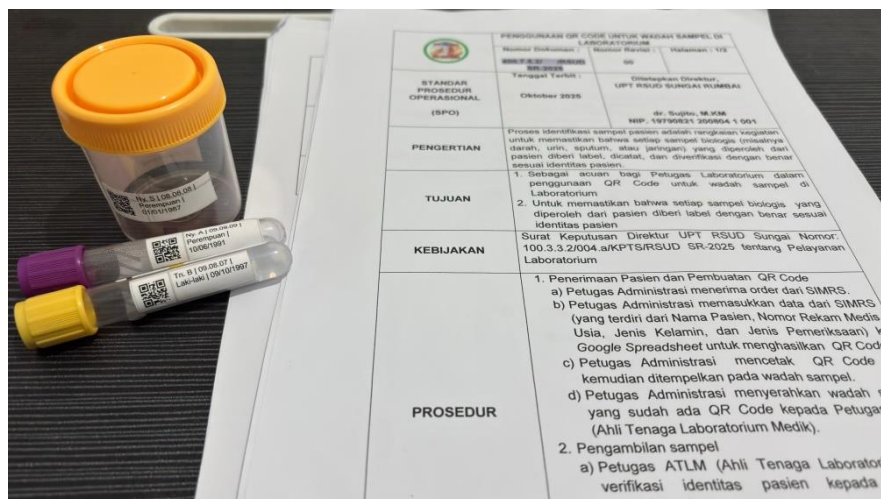
Judul Kegiatan 4	Melakukan sosialisasi kepada petugas Laboratorium terkait penggunaan <i>QR Code</i> .
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	29 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya materi dan media sosialisasi. 2. Tersedianya screenshot whatsapp undangan. 3. Tersedianya daftar hadir peserta, dokumentasi foto.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan A. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi 1. Merancang bahan dan media sosialisasi a. Akuntabel: Saya telah memastikan informasi yang dituangkan akurat, serta dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan administratif. b. Harmonis: Saya telah menghargai masukan dari mentor dan rekan kerja terkait isi bahan sosialisasi c. Loyal: Saya telah memastikan isi materi mendukung visi, misi, dan kebijakan organisasi serta menjaga nama baik instansi. d. Kolaboratif: Saya telah berdiskusi dengan rekan kerja atau mentor untuk mendapatkan perspektif lain, serta bekerja sama untuk menghasilkan bahan sosialisasi yang lebih komprehensif 2. Membuat undangan sosialisasi. a. Akuntabel: Saya telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan jadwal yang tertera di undangan. b. Harmonis: Saya telah mengundang petugas Laboratorium menggunakan undangan resmi. 3. Melaksanakan sosialisasi a. Berorientasi Pelayanan: Saya telah menyampaikan materi	

sosialisasi dengan jelas, ramah, dan interaktif agar petugas laboratorium mudah memahami.

- b. **Akuntabel:** Saya telah menyajikan informasi yang benar serta mencatat masukan petugas laboratorium sebagai bentuk tanggung jawab.
- c. **Kompeten:** Saya telah menguasai materi sosialisasi dengan baik dan menjawab pertanyaan petugas laboratorium secara tepat.
- d. **Harmonis:** Saya telah menguasai materi sosialisasi dengan baik dan menjawab pertanyaan petugas laboratorium secara tepat.
- e. **Loyal:** Saya telah menyampaikan sosialisasi sesuai kebijakan organisasi serta menjaga citra positif instansi.
- f. **Adaptif:** Saya telah fleksibel dalam menyesuaikan gaya penyampaian materi sosialisasi sesuai dengan pendengar, serta siap menghadapi pertanyaan atau kendala yang tidak terduga.

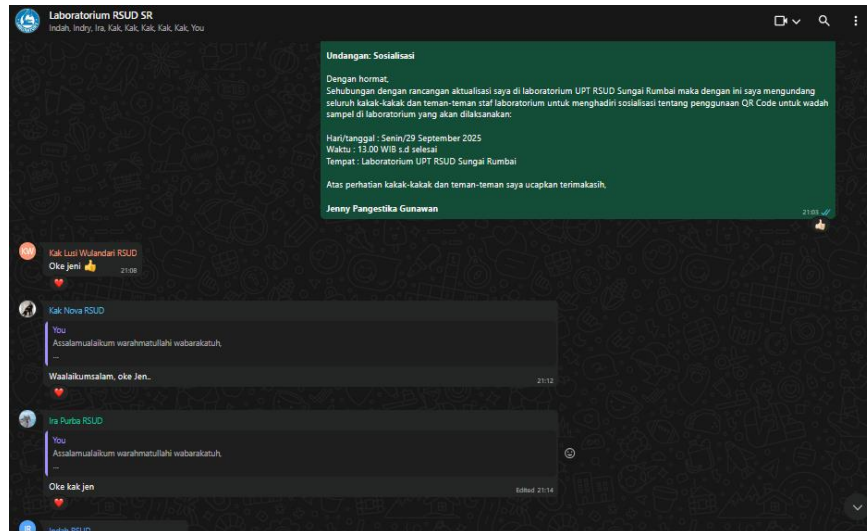
B. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/ evidence

1. Merancang bahan dan media sosialisasi



Gambar 2.1.1 Bahan dan Media Sosialisasi

2. Membuat undangan sosialisasi.



Gambar 2.2.1 Screenshot Undangan di Grup Whatsapp

3. Melakukan sosialisasi



Gambar 2.3.1 Dokumentasi Sosialisasi di Laboratorium

Gambar 2.3.2 Daftar Hadir Sosialisasi di Laboratorium

b. Kualitas Produk: Kejelasan pesan serta kesesuaian format dengan karakteristik sasaran. Produk yang dihasilkan memiliki visual yang menarik, penggunaan bahasa yang komunikatif, serta informasi yang akurat dan mudah dicerna oleh masyarakat. Selain itu, media sosialisasi dinilai efektif karena mampu menarik perhatian audiens, meningkatkan pemahaman, serta mendorong partisipasi sesuai tujuan sosialisasi. Dengan demikian, kualitas produk dapat dikategorikan baik karena memenuhi standar informatif, komunikatif, dan persuasif.

2. Membuat undangan sosialisasi.

- a. Proses: Peserta merancang teks undangan yang singkat, jelas, dan mencantumkan informasi penting seperti tema kegiatan, waktu, tempat. Selanjutnya, undangan disusun dalam format pesan WhatsApp yang ramah, komunikatif, dan mudah dibagikan, kemudian disebar ke grup Laboratorium sesuai daftar distribusi.
- b. Kualitas Produk: kejelasan informasi yang tersampaikan serta kesesuaian gaya bahasa dengan audiens. Undangan dinilai efektif karena mampu memberikan informasi secara cepat, praktis, dan mudah diakses melalui perangkat seluler. Selain itu, pesan undangan dapat langsung dibalas atau dikonfirmasi oleh penerima, sehingga komunikasi dua arah lebih mudah terbangun dan tujuan sosialisasi dapat tercapai dengan baik.

3. Melakukan sosialisasi.

- a. Proses: Peserta memberikan penjelasan langsung kepada petugas laboratorium mengenai tujuan, manfaat, dan tata cara penggunaan QR Code dalam identifikasi sampel. Kegiatan diawali dengan pemaparan materi singkat melalui media presentasi, dilanjutkan dengan demonstrasi pemindaian QR Code pada wadah sampel, serta simulasi bersama petugas laboratorium untuk memastikan mereka memahami langkah-langkahnya. Selama proses sosialisasi, peserta juga membuka sesi tanya jawab untuk menjawab kendala dan memberikan klarifikasi agar penerapan sistem dapat berjalan dengan baik.
- b. Kualitas Produk: Tingkat pemahaman peserta terhadap penggunaan QR Code serta kesiapan mereka dalam mengaplikasikannya pada aktivitas sehari-hari. Materi yang disampaikan jelas, media yang digunakan relevan, dan metode praktik langsung membuat peserta lebih mudah memahami konsep serta teknis penggunaannya. Dengan demikian, sosialisasi dinilai efektif karena mampu meningkatkan pengetahuan, keterampilan, serta komitmen peserta dalam menggunakan QR Code secara konsisten untuk meningkatkan akurasi dan efisiensi identifikasi sampel.

D. Manfaat Kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi

Kegiatan ini mendukung Visi Pemerintahan Kabupaten Dharmasraya “Dharmasraya Sejahtera Maju”. Dan salah satu Misinya “Meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan memastikan akses yang lebih baik serta peningkatan mutu layanan bagi seluruh masyarakat”.

E. Analisis dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS

Jika sosialisasi penggunaan QR Code kepada petugas laboratorium tidak berlandaskan nilai dasar ASN, maka dampaknya adalah menurunnya pemahaman petugas, meningkatnya risiko kesalahan identifikasi sampel, serta berkurangnya efektivitas implementasi sistem. Kondisi ini tidak hanya merugikan satuan kerja karena citra profesionalitas menurun, tetapi juga berdampak pada masyarakat melalui pelayanan laboratorium yang kurang akurat, tidak transparan, dan menurunkan tingkat kepercayaan publik.

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai–Pemerintah Kabupaten Dharmasraya		
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Rabu, 10 September 2025 / 15.00 WIB	- Tambahkan pembuatan SPO pada rencana kegiatan aktualisasi - Tambahkan mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	- Tersedianya rancangan kegiatan Pembuatan SPO - Tersediany mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	
2.	Rabu, 15 September 2025 / 14.30 WIB	- Tambahkan nama pada QR Code jangan hanya pemeriksaan - SPO diperlihatkan ke Kepala Ruangan Laboratorium, Komite Nakes lainnya, dan Kasi Penunjang Medik	- Tersedianya nama pada QR Code dan jenis pemeriksaanya - SPO sudah di revisi oleh Kepala Ruangan, dan diperlihatkan kepada Komite Nakes Lainnya dan Kasi Penunjang Medik	

3.	Rabu, 24 September 2025 / 14.30 WIB	- Ganti tujuan ke 2 SPO sesuai dengan pengertian identifikasi pasien - Tambahkan Mitigasi risiko pada SPO - Untuk SPO disahkan secara kolektif di akhir Aktualisasi Latsar	- Tersedianya tujuan SPO sesuai dengan pengertian identifikasi pasien - Tersedianya mitigasi risiko pada prosedur SPO	4
4.	Sabtu, 04 Oktober 2025 / 14.30 WIB	- Tambahkan semua Unit terkait pada SPO	- Tersedianya SPO yang sudah ditambahkan unit terkait	4

c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai– Pemerintah Kabupaten Dharmasraya			
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas			
N o	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Media komunikasi (Telepon/WA/LMS /Email/dll)	Paraf Coach
1.	Rabu, 08 Oktober 2025	Menyerahkan draft laporan minggu ke-4 sesuai dengan kegiatan yang dilakukan			

Lampiran 6. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-4.

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 6	Melaksanakan penggunaan <i>QR Code</i> untuk identifikasi sampel pasien.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	01-14 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya notulensi dan dokumentasi uji coba. 2. Tersedianya laporan pemantauan. 3. Tersedianya laporan perbaikan.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan A. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi 1. Melakukan uji coba penggunaan <i>QR Code</i> a. Akuntabel: Saya telah memastikan penggunaan <i>QR Code</i> berjalan sesuai dengan kebutuhan. b. Loyal: Saya telah memastikan hasil uji coba menunjukkan bahwa penggunaan <i>QR Code</i> dapat diandalkan sebagai wujud dedikasi saya untuk menghadirkan inovasi yang bermanfaat bagi instansi. e. Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan beberapa calon pengguna untuk mendapatkan umpan balik, mendengarkan masukan mereka, dan menggunakan informasi tersebut untuk menyempurnakan aplikasi f. Kompeten: Saya telah memanfaatkan kegiatan uji coba ini untuk mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan. g. Berorientasi Pelayanan: Saya telah melaksanakan uji coba dengan teliti, mencari dan memperbaiki setiap kesalahan, memastikan aplikasi berfungsi dengan optimal sebelum digunakan oleh pengguna h. Adaptif: Saya telah fleksibel dalam menyesuaikan <i>QR Code</i> jika ditemukan masalah, serta siap untuk melakukan perbaikan yang diperlukan dengan cepat.	

2. Memantau penggunaan *QR Code* secara berkala.

- a. **Akuntabel:** Saya telah mencatat dan memantau penggunaan *QR Code* sebagai bentuk pertanggungjawaban.
- b. **Harmonis:** Saya telah memastikan penggunaan *QR Code* tidak mengganggu alur kerja di unit, menciptakan suasana kerja yang nyaman dan produktif.
- c. **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah memastikan *QR Code* dapat memberikan kemudahan bagi petugas Laboratorium dalam bekerja
- d. **Loyal:** Saya telah melakukan pemantauan ini sebagai bentuk dedikasi untuk memastikan penggunaan *QR Code* memberikan manfaat maksimal bagi instansi dan para pengguna.
- e. **Adaptif:** Saya telah siap untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan pada *QR Code* berdasarkan data pemantauan dan umpan balik yang diterima.
- f. **Kolaboratif:** Saya telah berkoordinasi dengan pengguna dan pihak terkait lainnya untuk mendapatkan umpan balik yang konstruktif dan bekerja sama dalam menyelesaikan setiap masalah yang ditemukan

3. Melakukan perbaikan jika ditemukan masalah

- a. **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah merespons setiap masalah dengan cepat dan solutif, memastikan perbaikan dilakukan secara menyeluruh agar penggunaan *QR Code* kembali optimal dan memberikan pelayanan terbaik kepada pengguna.
- b. **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab penuh atas setiap perbaikan yang dilakukan, mendokumentasikan setiap perubahan, dan memastikan masalah tidak terulang kembali di kemudian hari.
- c. **Kompeten:** Saya telah menganalisis akar masalah dengan akurat dan mengimplementasikan solusi teknis yang efektif dan efisien, menunjukkan penguasaan saya terhadap kompetensi teknis.
- d. **Harmonis:** Saya telah menghubungi pengguna yang melaporkan masalah dengan ramah dan sopan, memberikan informasi tentang status perbaikan, dan menjaga komunikasi yang baik.
- e. **Loyal:** Saya telah melakukan perbaikan ini sebagai wujud dedikasi

untuk menjaga kualitas aplikasi dan memastikan inovasi yang telah dibuat tetap memberikan manfaat maksimal bagi instansi.

f. **Adaptif:** Saya telah menyesuaikan *QR Code* dengan masukan dari pengguna.

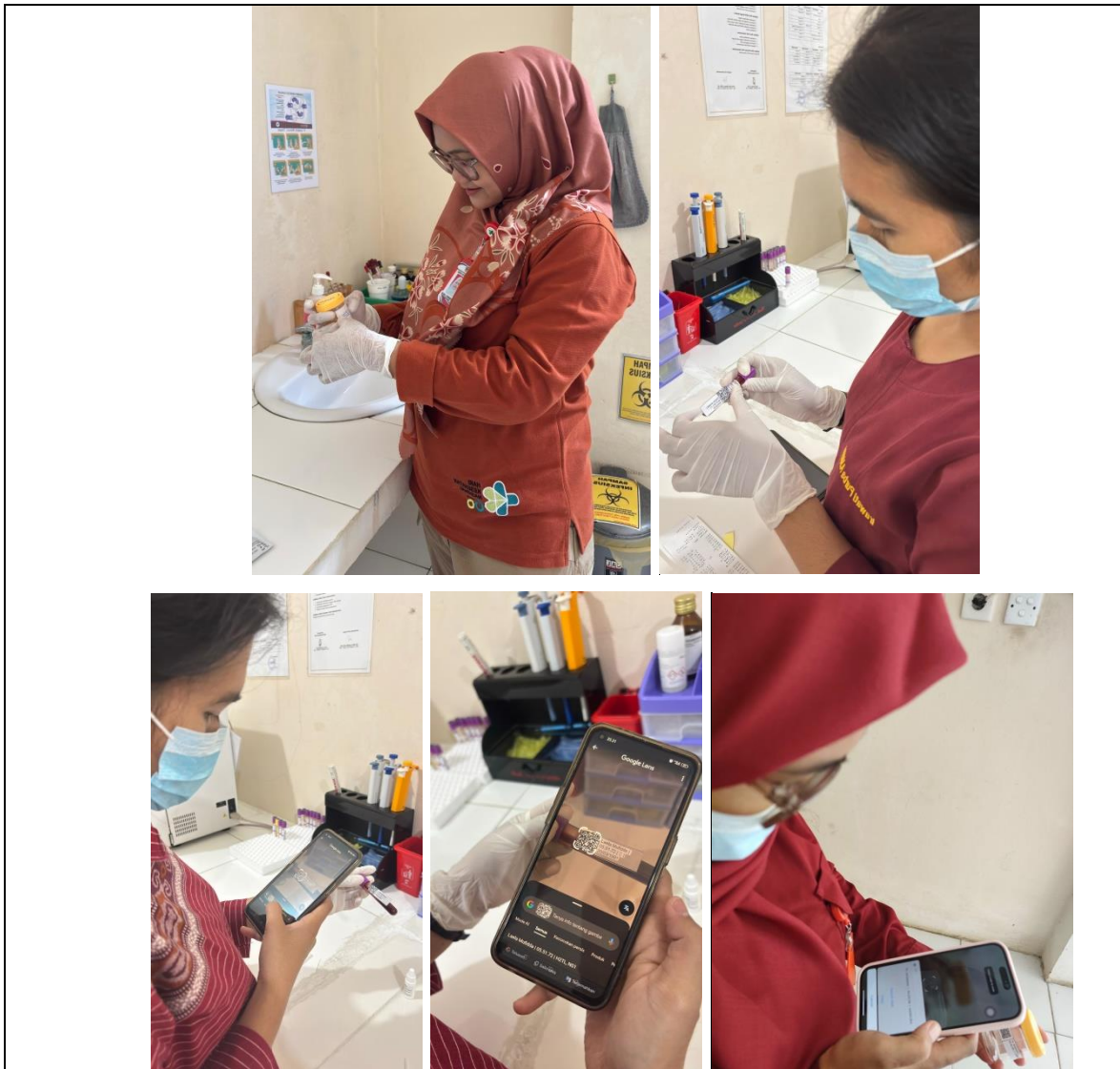
g. **Kolaboratif:** Saya telah bekerja sama dengan petugas Laboratorium untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah.

B. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/ evidence

1. Melakukan uji coba penggunaan *QR Code*



Gambar 2.1.1 Dokumentasi pembuatan QR Code



Gambar 2.1.2 Dokumentasi uji coba penggunaan QR Code

2. Memantau penggunaan QR Code secara berkala.

Hari Ke 01 Oktober 2025												
NO	NAMA	NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STRIP	TEXT QR	QR CODE	DIRINDAI	Sam Permisian	Sam Order SIMRS	Keterangan
1	Ny. Rahmayati	05.50.18	♀	12/11/2003	H2TL WIDAL	Ny. Rahmayati 05.50.18 12/11/2003	Ny. Rahmayati 05.50.18 H2TL WIDAL		☒	12.20	12.20	Sudah diorder
2	Tn. Hendri	05.50.24	♂	05/08/1980	H2TL GDS	Tn. Hendri 05.50.24 05/08/1980	Tn. Hendri 05.50.24 H2TL GDS		☒	20.20	20.25	Sudah diorder
3	Tn. Asep Jaelani Putra	05.50.26	♂	09/02/1989	H2TL WIDAL	Tn. Asep Jaelani Putra 05.50.26 09/02/1989	Tn. Asep Jaelani Putra 05.50.26 H2TL WIDAL		☐	20.45	21.03	Belum diorder di SIMRS
4	An. Khansa'u Karimah	04.46.07	♀	29/12/2009	H2TL	An. Khansa'u Karimah 04.46.07 29/12/2009	An. Khansa'u Karimah 04.46.07 H2TL		☐	22.35	22.38	Tidak muncul QR Code
5	Ny. Puti Rohani	05.50.27	♀	01/07/1959	H2TL	Ny. Puti Rohani 05.50.27 01/07/1959	Ny. Puti Rohani 05.50.27 H2TL		☐	22.39	22.36	Tidak muncul QR Code

Hari Ke 2, 03 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR	QR CODE	DIPINDAI	Jam Permintaan	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	An. Faturahman Al Maghribi	05.50.10	♂	21/10/2012	H2TL	An. Faturahman Al Maghribi 05.50.10 21/10/2012	An. Faturahman Al Maghribi 05.50.10 H2TL		☐	05.45	06.00	Belum diorder di SIMRS
2	Tn. Ali Rahmad	05.50.09	♂	12/11/1996	H2TL	Tn. Ali Rahmad 05.50.09 12/11/1996	Tn. Ali Rahmad 05.50.09 H2TL		☐	05.45	06.05	Belum diorder di SIMRS
3	Tn. Asep Jaelani Putra	05.50.26	♂	02/10/2025	H2TL	Tn. Asep Jaelani Putra 05.50.26 02/10/2025	Tn. Asep Jaelani Putra 05.50.26 H2TL		☒	10.30	10.33	Sudah diorder
4	An. Nofri Yandra	05.43.87	♂	15/11/2008	URIN LENGKAP, PROTUR	An. Nofri Yandra 05.43.87 129767	An. Nofri Yandra 05.43.87 URIN LENGKAP, PROTUR		☒	10.50	10.54	Sudah diorder
5	Tn. Hendri	05.50.24	♂	02/10/2026	URIN LENGKAP	Tn. Hendri 05.50.24 02/10/2026	Tn. Hendri 05.50.24 URIN LENGKAP		☒	12.29	12.54	Sudah diorder

Hari Ke 3, 03 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR	QR CODE	DIPINDAI	Jam Permintaan	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	Tn. Lili Suharni	05.50.47	♂	21/04/1954	H2TL, WIDAL	Tn. Lili Suharni 05.50.47 21/04/1954	Tn. Lili Suharni 05.50.47 H2TL, WIDAL		☒	02.20	02.20	Sudah diorder
2	An. M Farhan	05.44.05		22/08/2010	URIN LENGKAP	An. M Farhan 05.44.05 22/08/2010	An. M Farhan 05.44.05 URIN LENGKAP		☒	09.50	09.55	Sudah diorder
3	Ny. Fila Pusta Enli	00.79.56		01/01/1992	H2TL, DIFF, GDS	Ny. Fila Pusta Enli 00.79.56 01/01/1992	Ny. Fila Pusta Enli 00.79.56 H2TL, DIFF, GDS		☒	08.00	08.01	Sudah diorder
4	Ny. Ayu Sana	05.50.50		01/07/1988	H2TL, DIFF	Ny. Ayu Sana 05.50.50 01/07/1988	Ny. Ayu Sana 05.50.50 H2TL, DIFF		☐	09.55	09.55	Tidak muncul QR Code
5	Tn. Arjuni Bagus Amorta	04.98.65	♂	06/08/1990	NARKOBA	Tn. Arjuni Bagus Amorta 04.98.65 06/08/1990	Tn. Arjuni Bagus Amorta 04.98.65 NARKOBA		☐	10.03	10.03	Tidak muncul QR Code
6	Tn. Belok	05.50.54		05/03/2009	H2TL, UR CR, OT PT, AU	Tn. Belok 05.50.54 05/03/2009	Tn. Belok 05.50.54 H2TL, UR CR, OT PT, AU		☒	14.37	14.38	Sudah diorder

Hari Ke 4, 04 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR	QR CODE	DIPINDAI	Jam Permintaan	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	Tn. Asep Jaelani P	05.50.58		09/09/1984	H2TL	Tn. Asep Jaelani P 05.50.58 20934	Tn. Asep Jaelani P 05.50.58 H2TL		☒	02.20	02.20	Sudah diorder
2	Ny. Sulisawati	01.49.81		10/10/1994	H2TL, GDS, UR CR, ELEKTROLIT	Ny. Sulisawati 01.49.81 10/10/1994	Ny. Sulisawati 01.49.81 H2TL, GDS, UR CR, ELEKTROLIT		☒	09.50	09.55	Sudah diorder
3	An. Faturahman A	05.50.10	♂	21/07/2012	H2TL	An. Faturahman A 05.50.10 21/07/2012	An. Faturahman A 05.50.10 H2TL		☒	08.00	08.01	Sudah diorder
4	Tn. Icoswanto	05.50.58		09/09/1984	NARKOBA	Tn. Icoswanto 05.50.58 20934	Tn. Icoswanto 05.50.58 NARKOBA		☐	09.55	09.55	Tidak muncul QR Code
5	Gita Pratwi	05.50.59		05/03/2009	H2TL, DIFF, WIDAL, Gel Dar	Gita Pratwi 05.50.59 05/03/2009	Gita Pratwi 05.50.59 H2TL, DIFF, WIDAL, Gel Dar		☐	10.09	10.09	Tidak muncul QR Code
6	Ny. Mama Wili	01.52.56	♀	06/06/1974	H2TL, GDS	Ny. Mama Wili 01.52.56 06/06/1974	Ny. Mama Wili 01.52.56 H2TL, GDS		☒	11.42	11.42	Sudah diorder
7	Ny. Mama Wili	01.52.56	♀	06/06/1974	KETUR	Ny. Mama Wili 01.52.56 06/06/1974	Ny. Mama Wili 01.52.56 KETUR		☒	11.50	11.50	Sudah diorder
8	Tn. Suredi	05.50.66		09/08/1966	H2TL, DIFF, AU, GDS, LED, PROFIL LIPID	Tn. Suredi 05.50.66 09/08/1966	Tn. Suredi 05.50.66 H2TL, DIFF, AU, GDS, LED, PROFIL LIPID		☒	20.00	20.05	Sudah diorder
9	An. Khansari Khairmah	04.46.07	♀	29/12/2009	H2TL, WIDAL	An. Khansari Khairmah 04.46.07 29/12/2009	An. Khansari Khairmah 04.46.07 H2TL, WIDAL		☒	21.04	21.04	Sudah diorder

Hari Ke 5, 05 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR	QR CODE	DIPINDAI	Jam Permintaan	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	An. Wastia Huma	05.50.67		21/03/2014	H2TL, WIDAL, URIN LENGKAP	An. Wastia Huma 05.50.67 21/03/2014	An. Wastia Huma 05.50.67 H2TL, WIDAL, URIN LENGKAP		☐	02.10	02.11	Tidak muncul QR Code
2	Tn. Asep Jaelani P	05.50.58		09/09/1984	H2TL	Tn. Asep Jaelani P 05.50.58 09/09/1984	Tn. Asep Jaelani P 05.50.58 H2TL		☒	05.41	05.41	Sudah diorder
3	Tn. Dandi Oka Pariyandi	05.50.72	♂	30/10/1999	H2TL	Tn. Dandi Oka Pariyandi 05.50.72 30/10/1999	Tn. Dandi Oka Pariyandi 05.50.72 H2TL		☒	08.30	08.33	Sudah diorder
4	Tn. Sutan Baharunyah	04.84.65		01/01/1957	H2TL, GDS, UR CR	Tn. Sutan Baharunyah 04.84.65 01/01/1957	Tn. Sutan Baharunyah 04.84.65 H2TL, GDS, UR CR		☐	09.35	09.36	Tidak muncul QR Code
5	Ny. Nelviani	05.50.68		14/05/1989	H2TL, WIDAL	Ny. Nelviani 05.50.68 14/05/1989	Ny. Nelviani 05.50.68 H2TL, WIDAL		☒	09.38	09.38	Sudah diorder
6	Tn. Tison Lumbanraja	05.50.74	♂	01/07/1993	CHOL	Tn. Tison Lumbanraja 05.50.74 01/07/1993	Tn. Tison Lumbanraja 05.50.74 CHOL		☐	20.38	20.57	Belum diorder di SIMRS
7	An. Arfiya Naida Rahmadhani	05.50.75		19/07/2013	H2TL, WIDAL, IgG/IgM NSI	An. Arfiya Naida Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Naida Rahmadhani 05.50.75 H2TL, WIDAL, IgG/IgM NSI		☒	21.11	21.12	Sudah diorder

Hari Ke 6, 06 Oktober 2025													
NO	NAMA	#	NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR	QR CODE	DI PINDAI	Jam Permisitan	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	An. Arfiya Nada Rahmadhani	05.50.75			19/07/2013	HZTL	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013		☒	05.45	05.50	Sudah diorder
2	An. Khansu U Khairmah	04.46.07	2		29/12/2009	HZTL, DIFF	An. Khansu U Khairmah 04.46.07 29/12/2009	An. Khansu U Khairmah 04.46.07 29/12/2009		☒	05.58	05.59	Sudah diorder
3	An. Faza Agihan	05.50.77			25/07/2024	HZTL	An. Faza Agihan 05.50.77 25/07/2024	An. Faza Agihan 05.50.77 25/07/2024		☒	09.11	09.15	Sudah diorder
4	Ny. Yuli Lesren	05.28.35			08/02/1976	GDS, PROFIL LIPID, AU	Ny. Yuli Lesren 05.28.35 08/02/1976	Ny. Yuli Lesren 05.28.35 08/02/1976 GDS, PROFIL LIPID, AU		☒	10.41	10.41	Sudah diorder
5	Ny. Janyah	04.52.91	2		11/01/1984	AU, CHOL, GDS	Ny. Janyah 04.52.91 11/01/1984	Ny. Janyah 04.52.91 11/01/1984 AU, CHOL, GDS		☒	10.50	10.50	Sudah diorder
6	Th. Fandi Mahendra	04.81.98	2		29/03/2004	PROTUR	Th. Fandi Mahendra 04.81.98 29/03/2004	Th. Fandi Mahendra 04.81.98 29/03/2004 PROTUR		☒	11.33	11.35	Sudah diorder
7	Th. Budi Wardana	05.50.83			19/03/1988	GDS, HZTL	Th. Budi Wardana 05.50.83 19/03/1988	Th. Budi Wardana 05.50.83 19/03/1988 GDS, HZTL		☒	11.82	11.83	Sudah diorder
8	An. Arfiya Nada Rahmadhani	05.50.75			19/07/2013	HZTL	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013		☒	12.25	12.28	Sudah diorder
9	M. Haseen Karim	04.58.78	2		04/10/2016	HZTL, URIN LENGKAP	M. Haseen Karim 04.58.78 04/10/2016	M. Haseen Karim 04.58.78 04/10/2016 HZTL, URIN LENGKAP		☒	20.25	20.28	Sudah diorder
10	Sana Nade Sari	05.50.87	2		03/03/1987	HZTL, URIN LENGKAP	Sana Nade Sari 05.50.87 03/03/1987	Sana Nade Sari 05.50.87 03/03/1987 HZTL, URIN LENGKAP		☒	20.46	20.47	Sudah diorder
11	Th. Edo Wicarto	05.58.11			27/10/1987	HZTL, URIN LENGKAP	Th. Edo Wicarto 05.58.11 27/10/1987	Th. Edo Wicarto 05.58.11 27/10/1987 HZTL, URIN LENGKAP		☒	21.00	21.05	Sudah diorder
12	Th. Maraban Sibaban	00.85.88	2		01/04/1970	HZTL, LSC, GDS	Th. Maraban Sibaban 00.85.88 01/04/1970	Th. Maraban Sibaban 00.85.88 01/04/1970 HZTL, LSC, GDS		☒	21.30	21.33	Sudah diorder
13	Th. Smeri Jujur Saputra	05.50.89			30/01/1999	HZTL, WIDAL, Hg/Hg/Hg, HBAB, URIN LENGKAP	Th. Smeri Jujur Saputra 05.50.89 30/01/1999	Th. Smeri Jujur Saputra 05.50.89 30/01/1999 HZTL, WIDAL, Hg/Hg/Hg, HBAB, URIN LENGKAP		☐	21.45	21.55	Belum diorder di SIMRS

Hari Ke 7, 07 October 2025													
NO	NAMA	#	NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR	QR CODE	DI PINDAI	Jam Permisitan	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	Ny. Sudarinda	05.27.93			02/07/1994	HZTL, GDS, LED	Ny. Sudarinda 05.27.93 02/07/1994	Ny. Sudarinda 05.27.93 02/07/1994 HZTL, GDS, LED		☒	01.30	01.33	Sudah diorder
2	An. Arfiya Nada Rahmadhani	05.50.75			19/07/2013	HZTL	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013 HZTL		☒	06.28	06.32	Sudah diorder
3	Almal Alfarizqi	01.27.55			02/02/2020	HZTL, DIFF	Almal Alfarizqi 01.27.55 02/02/2020	Almal Alfarizqi 01.27.55 02/02/2020 HZTL, DIFF		☒	06.34	06.32	Sudah diorder
4	An. Khansu U Khairmah	04.46.07	2		29/12/2009	HZTL, DIFF	An. Khansu U Khairmah 04.46.07 29/12/2009	An. Khansu U Khairmah 04.46.07 29/12/2009 HZTL, DIFF		☒	06.57	06.57	Sudah diorder
5	Ny. Mama Wili	01.52.56	2		06/06/1974	PROFIL LIPID	Ny. Mama Wili 01.52.56 06/06/1974	Ny. Mama Wili 01.52.56 06/06/1974 PROFIL LIPID		☒	06.46	06.46	Sudah diorder
6	An. Faura Anggraini	05.50.93	2		26/02/2012	HZTL	An. Faura Anggraini 05.50.93 26/02/2012	An. Faura Anggraini 05.50.93 26/02/2012 HZTL		☒	11.05	11.08	Sudah diorder
7	An. Ghazzy Luthfi Madeni	05.50.95			05/09/2010	HZTL, DIFF	An. Ghazzy Luthfi Madeni 05.50.95 05/09/2010	An. Ghazzy Luthfi Madeni 05.50.95 05/09/2010 HZTL, DIFF		☒	11.25	11.25	Sudah diorder
8	Th. Maraban Sibaban	00.85.88	2		01/04/1970	AU	Th. Maraban Sibaban 00.85.88 01/04/1970	Th. Maraban Sibaban 00.85.88 01/04/1970 AU		☒	12.30	12.35	Sudah diorder
9	An. Nayla Harum Salsabilah	05.40.99			30/12/2010	WIDAL	An. Nayla Harum Salsabilah 05.40.99 30/12/2010	An. Nayla Harum Salsabilah 05.40.99 30/12/2010 WIDAL		☒	13.12	13.12	Sudah diorder
10	Ny. Anis	00.97.34			10/04/1962	HZTL, HDL, LDL, TRIG, GDS, CHOL	Ny. Anis 00.97.34 10/04/1962	Ny. Anis 00.97.34 10/04/1962 HZTL, HDL, LDL, TRIG, GDS, CHOL		☒	20.50	20.55	Sudah diorder

Hari Ke 8, 08 October 2025													
NO	NAMA	#	NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STIKER	TEXT QR	QR CODE	DI PINDAI	Jam Permisitan	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	An. Muhammad Fatahan Gevino	05.50.71			30/05/2015	HZTL	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 30/05/2015	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 30/05/2015 HZTL		☒	06.00	06.00	Sudah diorder
2	An. Arfiya Nada Rahmadhani	05.50.75			19/07/2013	HZTL	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013 HZTL		☒	06.05	06.05	Sudah diorder
3	An. Khansu U Khairmah	04.46.07	2		29/12/2009	HZTL	An. Khansu U Khairmah 04.46.07 29/12/2009	An. Khansu U Khairmah 04.46.07 29/12/2009 HZTL		☒	06.05	06.09	Sudah diorder
4	An. Ghazzy Luthfi Madeni	05.50.95			05/09/2010	HZTL	An. Ghazzy Luthfi Madeni 05.50.95 05/09/2010	An. Ghazzy Luthfi Madeni 05.50.95 05/09/2010 HZTL		☐	06.05	06.16	Belum diorder di SIMRS
5	An. Evelyn Janica Agata	05.50.96	2		21/09/2023	HZTL, WIDAL	An. Evelyn Janica Agata 05.50.96 21/09/2023	An. Evelyn Janica Agata 05.50.96 21/09/2023 HZTL, WIDAL		☒	10.28	10.28	Sudah diorder
6	An. Muhammad Fatahan Gevino	05.50.71			30/05/2015	HZTL	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 30/05/2015	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 30/05/2015 HZTL		☒	20.45	20.50	Sudah diorder
7	Ny. Imawati	00.97.27	2		05/10/1967	HZTL, GDS, CHOL, HDL, LDL, TRIG	Ny. Imawati 00.97.27 05/10/1967	Ny. Imawati 00.97.27 05/10/1967 HZTL, GDS, CHOL, HDL, LDL, TRIG		☒	21.20	21.20	Sudah diorder
8	An. Agesta Faranisa Adefa	05.51.8			16/09/2016	HZTL, GDS	An. Agesta Faranisa Adefa 05.51.8 16/09/2016	An. Agesta Faranisa Adefa 05.51.8 16/09/2016 HZTL, GDS		☒	22.05	22.10	Sudah diorder
9	Ny. Sami	05.51.09			01/07/1945	HZTL, GDS, ELEKTROLIT	Ny. Sami 05.51.09 01/07/1945	Ny. Sami 05.51.09 01/07/1945 HZTL, GDS, ELEKTROLIT		☒	22.45	22.48	Sudah diorder

Hari Ke 9, 09 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT ETHER	TEXT QR	QR CODE	DIKIRIM	Jam Permisian	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	An. Agnesia Faranisa Adelfa	05.51.8		16/09/2016	HZTL	An. Agnesia Faranisa Adelfa 05.51.8 16/09/2016	An. Agnesia Faranisa Adelfa 05.51.8 HZTL		☒	06.00	06.00	Sudah diorder
2	An. Muhammad Fatahan Gevino	05.50.71		30/05/2015	HZTL	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 30/05/2015	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 HZTL		☒	06.15	06.15	Sudah diorder
3	An. Arfiza Nada Rahmadhani	05.50.75		19/07/2013	HZTL	An. Arfiza Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiza Nada Rahmadhani 05.50.75 HZTL		☒	06.04	06.09	Sudah diorder
4	An. Ghazzy Luthfi Madani	05.50.95		05/09/2010	HZTL	An. Ghazzy Luthfi Madani 05.50.95 05/09/2010	An. Ghazzy Luthfi Madani 05.50.95 HZTL		☒	06.15	06.15	Sudah diorder
5	An. Khansu Khairmah	04.46.07	2	29/12/2009	HZTL	An. Khansu Khairmah 04.46.07 29/12/2009	An. Khansu Khairmah 04.46.07 HZTL		☒	06.10	06.10	Sudah diorder
6	Ny. Susfenda	05.37.93		02/07/1994	HZTL	Ny. Susfenda 05.37.93 02/07/1994	Ny. Susfenda 05.37.93 HZTL		☒	08.55	08.57	Sudah diorder
7	Rivo Hardiwan	05.51.17		07/10/2000	NARKOBA	Rivo Hardiwan 05.51.17 07/10/2000	Rivo Hardiwan 05.51.17 NARKOBA		☒	09.27	09.42	Sudah diorder
8	Mansur	05.51.22		15/03/1999	HZTL, DIFF, WIDAL, GDS	Mansur 05.51.22 15/03/1999	Mansur 05.51.22 HZTL, DIFF, WIDAL, GDS		☒	12.28	12.28	Sudah diorder
9	Ny. Selvia Sari	05.51.32		17/11/2007	Gol Dar, HZTL, DIFF	Ny. Selvia Sari 05.51.32 17/11/2007	Ny. Selvia Sari 05.51.32 Gol Dar, HZTL, DIFF		☒	20.13	20.13	Sudah diorder
10	Tn. Suranto	04.75.83		30-01-1962	HZTL, GDS, ELEKTROLIT	Tn. Suranto 04.75.83 30-01-1962	Tn. Suranto 04.75.83 HZTL, GDS, ELEKTROLIT		☒	21.10	21.12	Sudah diorder

Ny Hari Ke 10, 10 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT ETHER	TEXT QR	QR CODE	DIKIRIM	Jam Permisian	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	Ny. Aulia Rahmi Elka	04.70.24		27/07/2001	HZTL, GDS	Ny. Aulia Rahmi Elka 04.70.24 27/07/2001	Ny. Aulia Rahmi Elka 04.70.24 HZTL, GDS		☒	09.01	09.01	Sudah diorder
2	An. Agnesia Faranisa Adelfa	05.51.8		16/09/2016	HZTL	An. Agnesia Faranisa Adelfa 05.51.8 16/09/2016	An. Agnesia Faranisa Adelfa 05.51.8 HZTL		☒	06.10	06.10	Sudah diorder
3	An. Muhammad Fatahan Gevino	05.50.71		30/05/2015	HZTL	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 30/05/2015	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 HZTL		☒	06.10	06.15	Sudah diorder
4	An. Kasih Radesya	04.50.51		09/12/2009	HZTL, GDS	An. Kasih Radesya 04.50.51 09/12/2009	An. Kasih Radesya 04.50.51 HZTL, GDS		☒	06.25	06.27	Sudah diorder
5	An. Ghazzy Luthfi Madani	05.50.95		05/09/2010	HZTL	An. Ghazzy Luthfi Madani 05.50.95 05/09/2010	An. Ghazzy Luthfi Madani 05.50.95 HZTL		☒	06.25	06.27	Sudah diorder
6	Ny. Susfenda	05.37.93		02/07/1994	HZTL	Ny. Susfenda 05.37.93 02/07/1994	Ny. Susfenda 05.37.93 HZTL		☒	06.25	06.27	Sudah diorder
7	Mansur	05.51.22		15/03/1999	HZTL	Mansur 05.51.22 15/03/1999	Mansur 05.51.22 HZTL		☒	06.27	06.29	Sudah diorder
8	Kasih Radesya	04.50.51		09/12/2009	Gol Dar, ELEKTROLIT	Kasih Radesya 04.50.51 09/12/2009	Kasih Radesya 04.50.51 Gol Dar, ELEKTROLIT		☒	09.15	09.20	Sudah diorder
9	Sri Septiana Nasir	05.51.36		11/09/1980	HZTL, DIFF, Gol Dar, PROFIL LIPID, AU	Sri Septiana Nasir 05.51.36 11/09/1980	Sri Septiana Nasir 05.51.36 HZTL, DIFF, Gol Dar, PROFIL LIPID, AU		☒	09.14	09.14	Sudah diorder
10	An. Syafira Callya Putri	05.51.45		21/10/2024	HZTL, WIDAL	An. Syafira Callya Putri 05.51.45 21/10/2024	An. Syafira Callya Putri 05.51.45 HZTL, WIDAL		☒	21.45	21.49	Sudah diorder

Hari Ke 11, 11 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT ETHER	TEXT QR	QR CODE	DIKIRIM	Jam Permisian	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	Muhammad Elzayn Asyqar	05.51.47		16/08/2023	HZTL	Muhammad Elzayn Asyqar 05.51.47 16/08/2023	Muhammad Elzayn Asyqar 05.51.47 HZTL		☒	09.55	09.59	Sudah diorder
2	Ny. Aulia Rahmi Elka	04.70.24		27/07/2001	HZTL	Ny. Aulia Rahmi Elka 04.70.24 27/07/2001	Ny. Aulia Rahmi Elka 04.70.24 HZTL		☒	09.59	09.01	Sudah diorder
3	Mansur	05.51.22		15/03/1999	HZTL	Mansur 05.51.22 15/03/1999	Mansur 05.51.22 HZTL		☒	09.59	09.01	Sudah diorder
4	Ny. Susfenda	05.37.93		02/07/1994	HZTL	Ny. Susfenda 05.37.93 02/07/1994	Ny. Susfenda 05.37.93 HZTL		☒	09.59	09.01	Sudah diorder
5	An. Muhammad Fatahan Gevino	05.50.71		30/05/2015	HZTL	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 30/05/2015	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 HZTL		☒	09.08	09.08	Sudah diorder
6	An. Agnesia Faranisa Adelfa	05.51.8		16/09/2016	HZTL	An. Agnesia Faranisa Adelfa 05.51.8 16/09/2016	An. Agnesia Faranisa Adelfa 05.51.8 HZTL		☒	09.08	09.10	Sudah diorder
7	Meida Wulandari	05.51.48		04/03/2004	HZTL	Meida Wulandari 05.51.48 04/03/2004	Meida Wulandari 05.51.48 HZTL		☒	09.00	09.00	Sudah diorder
8	An. Azri Hekai Alindra	05.51.52		02/11/2017	HZTL, WIDAL	An. Azri Hekai Alindra 05.51.52 02/11/2017	An. Azri Hekai Alindra 05.51.52 HZTL, WIDAL		☒	11.20	11.25	Sudah diorder
9	Akhden Al Siddiq	04.48.23		13/08/2019	HZTL, DIFF	Akhden Al Siddiq 04.48.23 13/08/2019	Akhden Al Siddiq 04.48.23 HZTL, DIFF		☒	12.23	12.25	Sudah diorder
10	Bradian Anutala	05.51.55		19/05/2015	HZTL, DIFF	Bradian Anutala 05.51.55 19/05/2015	Bradian Anutala 05.51.55 HZTL, DIFF		☒	20.20	20.20	Sudah diorder
11	Farai	05.51.59		28/03/2011	HZTL	Farai 05.51.59 28/03/2011	Farai 05.51.59 HZTL		☐	20.21	20.31	Belum diorder di SIMRS
12	Ngamarodhi	05.55.08		16/09/1993	ELEKTROLIT	Ngamarodhi 05.55.08 16/09/1993	Ngamarodhi 05.55.08 ELEKTROLIT		☒	20.53	20.54	Sudah diorder
13	Dwi Eka Lestari	05.51.60		02/06/2012	HZTL, WIDAL	Dwi Eka Lestari 05.51.60 02/06/2012	Dwi Eka Lestari 05.51.60 HZTL, WIDAL		☒	21.16	21.16	Sudah diorder
14	Behlaim	05.51.87		16/09/1988	HZTL, LED, GDS	Behlaim 05.51.87 16/09/1988	Behlaim 05.51.87 HZTL, LED, GDS		☒	21.58	21.58	Sudah diorder

Ny Hari Ke 12, 12 Oktober 2025												
NO	NAMA	IF NO RM	☐ JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	☐ JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STRIKER	TEXT QR	QR CODE	☐ DIFINDAI	IF Jam Pemeriksaan	IF Jam Order SIMRS	☐ Keterangan
1	An. Angela Faranisa Adela	05.51.08		16/09/2016	HZTL	An. Angela Faranisa Adela 05.51.08 16/09/2016	An. Angela Faranisa Adela 05.51.08 HZTL		☒	06.35	06.35	Sudah diorder
2	Ny. Aulia Rahmi Erika	04.70.24		27/07/2001	HZTL	Ny. Aulia Rahmi Erika 04.70.24 27/07/2001	Ny. Aulia Rahmi Erika 04.70.24 HZTL		☐	06.35	06.55	Belum diorder di SIMRS
3	Mansur	05.51.22		15/03/1999	HZTL	Mansur 05.51.22 15/03/1999	Mansur 05.51.22 HZTL		☐	06.35	06.55	Belum diorder di SIMRS
4	Zulma	05.51.23		22/09/1971	HZTL, GDS	Zulma 05.51.23 22/09/1971	Zulma 05.51.23 HZTL, GDS		☒	08.00	08.00	Sudah diorder
5	Farel	05.51.59		28/03/2011	IgS/IgM, HZTL	Farel 05.51.59 28/03/2011	Farel 05.51.59 IgS/IgM, HZTL		☒	09.40	09.45	Sudah diorder
6	Dwi Eka Lestari	05.51.60		02/06/2012	HZTL	Dwi Eka Lestari 05.51.60 02/06/2012	Dwi Eka Lestari 05.51.60 HZTL		☒	09.50	09.50	Sudah diorder
7	Renna Hayati	05.51.63		12/05/1968	HZTL, GDS	Renna Hayati 05.51.63 12/05/1968	Renna Hayati 05.51.63 HZTL, GDS		☒	09.50	09.54	Sudah diorder
8	Mareta Azzahra Rizky Almadiah	05.51.43		06/03/2012	HZTL	Mareta Azzahra Rizky Almadiah 05.51.43 06/03/2012	Mareta Azzahra Rizky Almadiah 05.51.43 HZTL		☒	10.00	10.00	Sudah diorder
9	Intan Kharini	04.64.54		09/07/2016	HZTL	Intan Kharini 04.64.54 09/07/2016	Intan Kharini 04.64.54 HZTL		☒	11.25	11.27	Sudah diorder
10	Mulia	05.51.64		16/04/1995	HZTL, GDS	Mulia 05.51.64 16/04/1995	Mulia 05.51.64 HZTL, GDS		☒	12.00	12.00	Sudah diorder
11	Habsah	05.51.71		06/05/1947	HZTL, WIDAL, GDS	Habsah 05.51.71 06/05/1947	Habsah 05.51.71 HZTL, WIDAL, GDS		☒	21.15	21.19	Sudah diorder
12	Laela Muftoda	05.51.72		20/03/1991	HZTL, NS1	Laela Muftoda 05.51.72 20/03/1991	Laela Muftoda 05.51.72 HZTL, NS1		☒	23.25	23.25	Sudah diorder

Ny Hari Ke 13, 13 Oktober 2025												
NO	NAMA	IF NO RM	☐ JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	☐ JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STRIKER	TEXT QR	QR CODE	☐ DIFINDAI	IF Jam Pemeriksaan	IF Jam Order SIMRS	☐ Keterangan
1	Hiro Kemas	05.51.73		02/02/2019	HZTL, NS2	Hiro Kemas 05.51.73 02/02/2019	Hiro Kemas 05.51.73 HZTL, NS2		☒	00.25	00.25	Sudah diorder
2	Dwi Eka Lestari	05.51.60		02/06/2012	HZTL	Dwi Eka Lestari 05.51.60 02/06/2012	Dwi Eka Lestari 05.51.60 HZTL		☒	05.59	05.59	Sudah diorder
3	Halimatul Saifiah	05.51.54		27/03/1978	HZTL	Halimatul Saifiah 05.51.54 27/03/1978	Halimatul Saifiah 05.51.54 HZTL		☒	05.59	05.59	Sudah diorder
4	Azri Hikal Alindra	05.51.52		02/11/2017	HZTL	Azri Hikal Alindra 05.51.52 02/11/2017	Azri Hikal Alindra 05.51.52 HZTL		☒	06.15	06.15	Sudah diorder
5	Ny. Aulia Rahmi Erika	04.70.24		27/07/2001	HZTL	Ny. Aulia Rahmi Erika 04.70.24 27/07/2001	Ny. Aulia Rahmi Erika 04.70.24 HZTL		☒	06.15	06.15	Sudah diorder
6	Mansur	05.51.22		15/03/1999	HZTL	Mansur 05.51.22 15/03/1999	Mansur 05.51.22 HZTL		☒	06.15	06.20	Sudah diorder
7	Tn. Hendra Saputra	00.58.70		27/04/2005	PROTUR	Tn. Hendra Saputra 00.58.70 27/04/2005	Tn. Hendra Saputra 00.58.70 PROTUR		☒	08.59	08.59	Sudah diorder
8	Sigit Raharjo	04.92.11		19/04/1985	HZTL, DIFF, Gol Dar	Sigit Raharjo 04.92.11 19/04/1985	Sigit Raharjo 04.92.11 HZTL, DIFF, Gol Dar		☒	09.15	09.18	Sudah diorder
9	Ny. Linus	05.51.69		12/12/1974	HZTL	Ny. Linus 05.51.69 12/12/1974	Ny. Linus 05.51.69 HZTL		☒	09.30	09.32	Sudah diorder
10	Zaskia Rama Zaila	05.51.13		19/09/2008	HZTL	Zaskia Rama Zaila 05.51.13 19/09/2008	Zaskia Rama Zaila 05.51.13 HZTL		☒	12.08	12.08	Sudah diorder
11	Inawati	05.51.8		08/08/1994	HZTL	Inawati 05.51.8 08/08/1994	Inawati 05.51.8 HZTL		☒	13.45	13.50	Sudah diorder

Ny Hari Ke 14, 14 Oktober 2025												
NO	NAMA	IF NO RM	☐ JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	☐ JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STRIKER	TEXT QR	QR CODE	☐ DIFINDAI	IF Jam Pemeriksaan	IF Jam Order SIMRS	☐ Keterangan
1	Tn. Ngamaradhi	00.85.08		15/09/1923	HZTL	Tn. Ngamaradhi 00.85.08 15/09/1923	Tn. Ngamaradhi 00.85.08 HZTL		☒	08.55	08.55	Sudah diorder
2	Mansur	05.51.22		15/03/1999	HZTL	Mansur 05.51.22 15/03/1999	Mansur 05.51.22 HZTL		☒	10.33	10.33	Sudah diorder
3	Azri Hikal Alindra	05.51.52		02/11/2017	HZTL	Azri Hikal Alindra 05.51.52 02/11/2017	Azri Hikal Alindra 05.51.52 HZTL		☒	05.59	05.59	Sudah diorder
4	Ny. Aulia Rahmi Erika	04.70.24		27/07/2001	HZTL	Ny. Aulia Rahmi Erika 04.70.24 27/07/2001	Ny. Aulia Rahmi Erika 04.70.24 HZTL		☒	06.15	06.15	Sudah diorder
5	Dwi Eka Lestari	05.51.60		02/06/2012	HZTL	Dwi Eka Lestari 05.51.60 02/06/2012	Dwi Eka Lestari 05.51.60 HZTL		☒	06.15	06.15	Sudah diorder
6	Halimatul Saifiah	05.51.54		27/03/1978	HZTL, CHOL, HDL, LDL, TRIG	Halimatul Saifiah 05.51.54 27/03/1978	Halimatul Saifiah 05.51.54 HZTL, CHOL, HDL, LDL, TRIG		☒	06.15	06.30	Sudah diorder
7	Farel	05.51.59		28/03/2011	HZTL	Farel 05.51.59 28/03/2011	Farel 05.51.59 HZTL		☒	06.30	06.30	Sudah diorder
8	Tn. Mahmud	05.51.83		23/07/1968	HZTL, GDS, ELEKTROLIT	Tn. Mahmud 05.51.83 23/07/1968	Tn. Mahmud 05.51.83 HZTL, GDS, ELEKTROLIT		☐	08.00	08.11	Belum diorder di SIMRS
9	Ny. M. Manjeng	00.41.53		12/10/1979	CHOL, HDL, LDL, TRIG	Ny. M. Manjeng 00.41.53 12/10/1979	Ny. M. Manjeng 00.41.53 CHOL, HDL, LDL, TRIG		☒	08.50	08.55	Sudah diorder
10	Tn. Ngamaradhi	00.85.08		15/09/1923	P GRAFI	Tn. Ngamaradhi 00.85.08 15/09/1923	Tn. Ngamaradhi 00.85.08 P GRAFI		☒	12.00	12.03	Sudah diorder
11	Ny. Sonam	05.51.89		01/01/1953	HZTL, GDS	Ny. Sonam 05.51.89 01/01/1953	Ny. Sonam 05.51.89 HZTL, GDS		☒	13.42	13.42	Sudah diorder
12	Mumtas Alaudin Rafay	05.51.95		27/05/2017	HZTL, DIFF	Mumtas Alaudin Rafay 05.51.95 27/05/2017	Mumtas Alaudin Rafay 05.51.95 HZTL, DIFF		☒	20.40	20.40	Sudah diorder
13	Ny. Mahyuni	01.07.49		07/03/1983	HZTL	Ny. Mahyuni 01.07.49 07/03/1983	Ny. Mahyuni 01.07.49 HZTL		☒	20.58	20.58	Sudah diorder
14	Ny. Wani	05.51.96		11/02/1962	HZTL	Ny. Wani 05.51.96 11/02/1962	Ny. Wani 05.51.96 HZTL		☒	21.00	21.00	Sudah diorder
15	Tn. Syafudin	05.37.83		27/04/1982	HZTL, HBAg, GDS	Tn. Syafudin 05.37.83 27/04/1982	Tn. Syafudin 05.37.83 HZTL, HBAg, GDS		☒	21.05	21.07	Sudah diorder
16	Tn. Fadiah Khairi	05.36.18		08/08/1985	HZTL, ELEKTROLIT, GDS	Tn. Fadiah Khairi 05.36.18 08/08/1985	Tn. Fadiah Khairi 05.36.18 HZTL, ELEKTROLIT, GDS		☐	22.10	22.19	Belum diorder di SIMRS

Gambar 2.2.1 Laporan Harian Penggunaan QR Code

4. Melakukan perbaikan jika ditemukan masalah

Hari Ke 01 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEST STRIKER	TEST QR	QR CODE	DIPINDAI	Jam Permisian	# Jam Order SIMRS	Keterangan
1	Ny. Rahmayati	05.50.18	♀	12/11/2003	HZTL, WIDAL	Ny. Rahmayati 05.50.18 12/11/2003	Ny. Rahmayati 05.50.18 HZTL, WIDAL		☒	12.20	12.20	Sudah disorder
2	Tn. Hendri	05.50.24	♂	06/08/1980	HZTL, GDS	Tn. Hendri 05.50.24 06/08/1980	Tn. Hendri 05.50.24 HZTL, GDS		☒	20.20	20.25	Sudah disorder
3	Tn. Asep Jaelani Putra	05.50.26	♂	09/02/1989	HZTL, WIDAL	Tn. Asep Jaelani Putra 05.50.26 09/02/1989	Tn. Asep Jaelani Putra 05.50.26 HZTL, WIDAL		☐	20.45	21.03	Belum disorder di SIMRS
4	An. Khamsa'u Karimah	04.48.07	♀	20/12/2009	HZTL	An. Khamsa'u Karimah 04.48.07 20/12/2009	An. Khamsa'u Karimah 04.48.07 HZTL		☐	22.35	22.38	Tidak muncul QR Code
5	Ny. Puti Rohani	05.50.27	♀	01/07/1959	HZTL	Ny. Puti Rohani 05.50.27 01/07/1959	Ny. Puti Rohani 05.50.27 HZTL		☐	23.23	23.26	Tidak muncul QR Code

Hari Ke 5, 06 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT STRIKER	TEXT QR	QR CODE	DIPINDAI	Jam Permisian	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	An. Wasila Huma	05.50.67		21/03/2014	HZTL, WIDAL, URIN LENGKAP	An. Wasila Huma 05.50.67 21/03/2014	An. Wasila Huma 05.50.67 HZTL, WIDAL, URIN LENGKAP		☐	02.10	02.11	Tidak muncul QR Code
2	Tn. Asep Jaelani P	05.50.58		09/09/1984	HZTL	Tn. Asep Jaelani P 05.50.58 09/09/1984	Tn. Asep Jaelani P 05.50.58 HZTL		☒	05.41	05.41	Sudah disorder
3	Tn. Dandi Oka Fariyandi	05.50.72	♂	30/10/1998	HZTL	Tn. Dandi Oka Fariyandi 05.50.72 30/10/1998	Tn. Dandi Oka Fariyandi 05.50.72 HZTL		☒	08.20	08.23	Sudah disorder
4	Tn. Sutan Baharunyah	04.84.65		01/01/1957	HZTL, GDS, UR CR	Tn. Sutan Baharunyah 04.84.65 01/01/1957	Tn. Sutan Baharunyah 04.84.65 HZTL, GDS, UR CR		☐	09.25	09.26	Tidak muncul QR Code
5	Ny. Neliani	05.50.68		14/06/1988	HZTL, WIDAL	Ny. Neliani 05.50.68 14/06/1988	Ny. Neliani 05.50.68 HZTL, WIDAL		☒	09.28	09.28	Sudah disorder
6	Tn. Teon Lumbanraja	05.50.74	♂	01/07/1993	CHOL	Tn. Teon Lumbanraja 05.50.74 01/07/1993	Tn. Teon Lumbanraja 05.50.74 CHOL		☐	20.28	20.57	Belum disorder di SIMRS
7	An. Arfiya Nada Rahmadhani	05.50.75		19/07/2013	HZTL, WIDAL, IgG/IgM, NSI	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 HZTL, WIDAL, IgG/IgM, NSI		☒	21.11	21.12	Sudah disorder

Gambar 2.3.1 QR Code tidak muncul

```
fx =image("https://image-charts.com/chart?chs=150x150&cht=qr&chl="&ENCODEURL(H3))
```

Gambar 2.3.2 Rumus QR Code sebelum perbaikan

Hari Ke 6, 06 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEST STRIKER	TEST QR	QR CODE	DIPINDAI	Jam Permisian	Jam Order SIMRS	Keterangan
1	An. Arfiya Nada Rahmadhani	05.50.75		19/07/2013	HZTL	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 HZTL		☒	05.45	05.50	Sudah disorder
2	An. Khamsa'u Karimah	04.48.07	♀	20/12/2009	HZTL, GDS	An. Khamsa'u Karimah 04.48.07 20/12/2009	An. Khamsa'u Karimah 04.48.07 HZTL, GDS		☒	05.58	05.59	Sudah disorder
3	An. Faza Agihan	05.50.77		25/07/2024	HZTL	An. Faza Agihan 05.50.77 25/07/2024	An. Faza Agihan 05.50.77 HZTL		☒	09.11	09.15	Sudah disorder
4	Ny. Yuli Lestari	05.58.36		08/02/1976	GDS, PROFIL LIPID, AU	Ny. Yuli Lestari 05.58.36 08/02/1976	Ny. Yuli Lestari 05.58.36 GDS, PROFIL LIPID, AU		☒	10.41	10.41	Sudah disorder
5	Ny. Janyah	04.53.91	♀	11/01/1984	ALL CHOL, GDS	Ny. Janyah 04.53.91 11/01/1984	Ny. Janyah 04.53.91 ALL CHOL, GDS		☒	10.50	10.50	Sudah disorder
6	Tn. Fandi Mahendra	04.81.96	♂	25/03/2004	PROTUR	Tn. Fandi Mahendra 04.81.96 25/03/2004	Tn. Fandi Mahendra 04.81.96 PROTUR		☒	11.33	11.35	Sudah disorder
7	Tn. Budi Waseana	05.50.83		19/03/1988	GDS, HZTL	Tn. Budi Waseana 05.50.83 19/03/1988	Tn. Budi Waseana 05.50.83 GDS, HZTL		☒	11.52	11.53	Sudah disorder
8	An. Arfiya Nada Rahmadhani	05.50.75		19/07/2013	HZTL	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 HZTL		☒	12.25	12.28	Sudah disorder
9	M. Hasan Karan	04.58.78	♂	04/10/2016	HZTL, URIN LENGKAP	M. Hasan Karan 04.58.78 04/10/2016	M. Hasan Karan 04.58.78 HZTL, URIN LENGKAP		☒	20.25	20.28	Sudah disorder
10	Satrio Nada Sari	05.50.87	♀	03/05/1997	HZTL, URIN LENGKAP	Satrio Nada Sari 05.50.87 03/05/1997	Satrio Nada Sari 05.50.87 HZTL, URIN LENGKAP		☒	20.46	20.47	Sudah disorder
11	Tn. Edo Wansro	05.58.11		27/10/1987	HZTL, URIN LENGKAP	Tn. Edo Wansro 05.58.11 27/10/1987	Tn. Edo Wansro 05.58.11 HZTL, URIN LENGKAP		☒	21.00	21.05	Sudah disorder
12	Tn. Marlan Staken	02.85.88	♂	01/04/1970	HZTL, LED, GDS	Tn. Marlan Staken 02.85.88 01/04/1970	Tn. Marlan Staken 02.85.88 HZTL, LED, GDS		☒	21.30	21.33	Sudah disorder
13	Tn. Satrio Jujur Saputra	05.50.89		30/01/1999	HZTL, WIDAL, IgG/IgM, GDS, HBsAg, URIN LENGKAP	Tn. Satrio Jujur Saputra 05.50.89 30/01/1999	Tn. Satrio Jujur Saputra 05.50.89 HZTL, WIDAL, IgG/IgM, GDS, HBsAg, URIN LENGKAP		☐	21.45	21.55	Belum disorder di SIMRS

Hari Ke 9, 09 Oktober 2025												
NO	NAMA	# NO RM	JENIS KELAMIN	TANGGAL LAHIR	JENIS PEMERIKSAAN	TEXT ETHER	TEXT QR	QR CODE	DIKUNDAI	# Item Perawatan	# Item Order SAMS	KETERANGAN
1	An. Agesta Faranisa Adella	05.51.8		16/09/2016	HZTL	An. Agesta Faranisa Adella 05.51.8 16/09/2016	An. Agesta Faranisa Adella 05.51.8 HZTL			06.00	06.00	Sudah diorder
2	An. Muhammad Fatahan Gevino	05.50.71		30/05/2015	HZTL	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 30/05/2015	An. Muhammad Fatahan Gevino 05.50.71 HZTL			06.15	06.15	Sudah diorder
3	An. Arfiya Nada Rahmadhani	05.50.75		19/07/2013	HZTL	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 19/07/2013	An. Arfiya Nada Rahmadhani 05.50.75 HZTL			06.04	06.09	Sudah diorder
4	An. Ghazzy Luthfi Madani	05.50.95		05/09/2010	HZTL	An. Ghazzy Luthfi Madani 05.50.95 05/09/2010	An. Ghazzy Luthfi Madani 05.50.95 HZTL			06.15	06.15	Sudah diorder
5	An. Khansatu Khairmah	04.46.07	♀	29/12/2009	HZTL	An. Khansatu Khairmah 04.46.07 29/12/2009	An. Khansatu Khairmah 04.46.07 HZTL			06.10	06.10	Sudah diorder
6	Ny. Sufaida	05.37.93		02/07/1994	HZTL	Ny. Sufaida 05.37.93 02/07/1994	Ny. Sufaida 05.37.93 HZTL			08.55	08.57	Sudah diorder
7	Rivo Hardiwan	05.51.17		07/10/2000	NARKOBA	Rivo Hardiwan 05.51.17 07/10/2000	Rivo Hardiwan 05.51.17 NARKOBA			09.27	09.42	Sudah diorder
8	Mansur	05.51.22		15/03/1999	HZTL, DIFF, WIDAL, GDS	Mansur 05.51.22 15/03/1999	Mansur 05.51.22 HZTL, DIFF, WIDAL, GDS			12.28	12.28	Sudah diorder
9	Ny. Selvia Sari	05.51.32		17/11/2007	Gol Dar, HZTL, DIFF	Ny. Selvia Sari 05.51.32 17/11/2007	Ny. Selvia Sari 05.51.32 Gol Dar, HZTL, DIFF			20.13	20.13	Sudah diorder
10	Tn. Sunarno	04.75.83		30-01-1962	HZTL, GDS, ELEKTROLIT	Tn. Sunarno 04.75.83 30-01-1962	Tn. Sunarno 04.75.83 HZTL, GDS, ELEKTROLIT			21.10	21.12	Sudah diorder

Gambar 2.3.3 QR Code setelah perbaikan

`=IMAGE("https://api.qrserver.com/v1/create-qr-code/?size=150x150&data=" & ENCODEURL(H3))`

Gambar 2.3.4 Rumus QR Code setelah perbaikan

Laporan Perbaikan Sistem QR Code Judul Kegiatan: Tindak Lanjut Perbaikan Sistem dan Prosedur Pasca Implementasi Penggunaan QR Code Pada Wadah Sampel I. Identitas Laporan Perbaikan Berdasarkan Hasil Monitoring Tanggal : 5 Oktober 2025 Tanggal Laporan Perbaikan : 6 Oktober 2025 Pelaksana Perbaikan : Jenny Pangestika Gunawan, S.Si II. Daftar Kendala dan Tindak Lanjut Perbaikan Laporan ini merinci kendala yang teridentifikasi selama masa implementasi, serta tindakan perbaikan yang telah dilakukan untuk memastikan stabilitas dan akuntabilitas sistem. <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kendala yang Ditemukan</th> <th>Analisis / Penyebab</th> <th>Tindakan Perbaikan yang Dilakukan</th> <th>Status Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>QR Code tidak muncul</td> <td>Jaringan Wi-Fi yang digunakan bersifat publik dan traffic tinggi, sehingga gambar tidak bisa dimuat. Selain itu, juga bisa disebabkan rumus link QR Code yang error.</td> <td>Perbaikan Teknis: Penggantian rumus link QR Code yang error di Spreadsheet dengan rumus baru.</td> <td>Selesai</td> </tr> </tbody> </table> III. Kesimpulan Hasil Perbaikan Tindakan perbaikan telah dilakukan secara menyeluruh terhadap berbagai kendala yang muncul selama masa implementasi Penggunaan QR Code Pada Wadah Sampel. Upaya perbaikan yaitu Penggantian rumus link QR Code yang error di Spreadsheet dengan rumus baru.		No.	Kendala yang Ditemukan	Analisis / Penyebab	Tindakan Perbaikan yang Dilakukan	Status Akhir	1.	QR Code tidak muncul	Jaringan Wi-Fi yang digunakan bersifat publik dan traffic tinggi, sehingga gambar tidak bisa dimuat. Selain itu, juga bisa disebabkan rumus link QR Code yang error.	Perbaikan Teknis: Penggantian rumus link QR Code yang error di Spreadsheet dengan rumus baru.	Selesai	Hasil dari tindakan tersebut menunjukkan peningkatan signifikan terhadap stabilitas kemunculan QR Code. Sehingga QR Code dapat muncul meskipun pada kondisi jaringan padat. Dengan demikian, Unit Laboratorium berhasil memastikan bahwa penggunaan QR Code Pada Wadah Sampel dapat berjalan secara konsisten, akurat, dan mendukung kelancaran pelayanan laboratorium. Diverifikasi oleh, Kepala Unit Laboratorium <i>[Signature]</i> Nova Nur Islama, A.Md.AK NIP. 19951102 202012 2 005 Dibuat oleh, <i>[Signature]</i> Jenny Pangestika Gunawan, S.Si NIP. 19971203 202505 2 003	
No.	Kendala yang Ditemukan	Analisis / Penyebab	Tindakan Perbaikan yang Dilakukan	Status Akhir									
1.	QR Code tidak muncul	Jaringan Wi-Fi yang digunakan bersifat publik dan traffic tinggi, sehingga gambar tidak bisa dimuat. Selain itu, juga bisa disebabkan rumus link QR Code yang error.	Perbaikan Teknis: Penggantian rumus link QR Code yang error di Spreadsheet dengan rumus baru.	Selesai									

Gambar 2.3.5 Laporan perbaikan

C. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Melakukan uji coba penggunaan QR Code

- a. Proses: Peserta memastikan sistem digital identifikasi sampel pasien dapat berjalan dengan baik sebelum diterapkan secara menyeluruh di laboratorium. Proses dimulai dengan pembuatan dan pencetakan QR Code berdasarkan data pasien, kemudian dilanjutkan dengan penempelan pada wadah sampel serta pemindaian menggunakan perangkat smartphone oleh petugas administrasi dan analis (ATLM).

Uji coba ini juga digunakan untuk menilai kecepatan, ketepatan, dan kemudahan penggunaan sistem, sekaligus mengidentifikasi kendala teknis seperti keterbacaan QR Code pada permukaan tabung yang melengkung atau lembab.

- b. Kualitas Produk: Hasil uji coba menunjukkan bahwa sistem QR Code mampu membantu proses identifikasi sampel pasien. Secara keseluruhan, produk kegiatan ini dinilai berkualitas baik karena efektif, efisien, dan mudah diterapkan, serta menjadi langkah awal menuju digitalisasi penuh layanan laboratorium.

2. Memantau penggunaan *QR Code* secara berkala.

- a. Proses: Peserta memastikan sistem digital identifikasi sampel pasien berjalan konsisten dan efektif setelah diterapkan di laboratorium. Kegiatan ini juga melibatkan pencatatan temuan lapangan, seperti tingkat keterbacaan QR Code, waktu pemindaian, dan akurasi data yang ditampilkan, guna menjadi dasar evaluasi dan penyempurnaan sistem di tahap berikutnya.
- b. Kualitas Produk: penggunaan QR Code telah memberikan dampak positif terhadap efisiensi dan ketertiban proses identifikasi sampel di laboratorium. Sistem berjalan dengan stabil serta mudah digunakan. Produk kegiatan ini menghasilkan sistem kerja laboratorium yang lebih **teratur, efisien, dan akurat**, sekaligus menjadi dasar pengembangan layanan digital yang berkelanjutan.

3. Melakukan perbaikan jika ditemukan masalah.

- a. Proses: Peserta mengidentifikasi kendala yang muncul, seperti QR Code yang tidak muncul saat data diinput serta QR Code yang tidak bisa dipindai jika sudah ditempelkan pada tabung vacutainer. Langkah-langkah perbaikan meliputi mengganti rumus yang digunakan untuk menghasilkan QR Code sehingga QR Code bisa terus muncul, serta untuk label QR Code yang akan ditempelkan pada tabung vacutainer agar dipindai terlebih dahulu.
- b. Kualitas Produk: menunjukkan peningkatan nyata dalam **dalam kemunculan QR Code** selama proses identifikasi sampel. Sistem

menjadi lebih stabil dan alur kerja laboratorium berjalan lebih efisien. Selain itu, petugas menjadi lebih memahami cara menangani kendala teknis secara mandiri, sehingga menjaga keberlanjutan penggunaan sistem digital ini.

D. Manfaat Kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi

Kegiatan ini mendukung Visi Pemerintahan Kabupaten Dharmasraya “Dharmasraya Sejahtera Maju”. Dan salah satu Misinya “Meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan memastikan akses yang lebih baik serta peningkatan mutu layanan bagi seluruh masyarakat”.

E. Analisis dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS

Apabila penggunaan QR Code untuk identifikasi sampel pasien tidak berdasarkan NDS, maka dampak negatif dapat dirasakan baik oleh satuan kerja maupun masyarakat. Tanpa berpedoman pada nilai Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif, penerapan sistem QR Code berpotensi tidak berjalan efektif dan tidak memberikan manfaat optimal. Di tingkat satuan kerja, hal ini dapat menimbulkan ketidakteraturan, kurangnya tanggung jawab, serta lemahnya kerja sama antarpetugas. Sementara bagi masyarakat, pelayanan menjadi tidak efisien, hasil pemeriksaan bisa tertukar, dan kepercayaan terhadap mutu pelayanan laboratorium menurun.

Lampiran 7. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-4.

b. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 7	Mengevaluasi hasil kegiatan kepada Kepala Ruangan Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai.
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	13-17 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya lembar kuesioner evaluasi. 2. Tersedia dokumentasi kegiatan evaluasi berupa foto. 3. Tersedianya bukti laporan kegiatan. 4. Tersedianya dokumentasi penyerahan laporan
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan A. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi 1. Membuat instrumen evaluasi berupa kuesioner a. Akuntabel: Saya telah memastikan bahwa setiap pertanyaan dalam kuesioner bertujuan dan relevan dengan tujuan evaluasi, serta bertanggung jawab atas hasil yang diperoleh. b. Loyal: Saya telah memastikan kuesioner ini mendukung tujuan instansi untuk mengevaluasi efektivitas program, sebagai wujud dedikasi saya. c. Kolaboratif: Saya telah berdiskusi dengan mentor atau pihak terkait lainnya untuk mendapatkan masukan, serta bekerja sama dalam menyusun kuesioner yang komprehensif d. Kompeten: Saya telah menggunakan metode perancangan instrumen evaluasi yang tepat, serta menganalisis setiap data yang terkumpul untuk mendapatkan hasil yang akurat. e. Berorientasi Pelayanan: Saya telah merancang kuesioner dengan pertanyaan yang jelas dan mudah dipahami oleh responden, memastikan evaluasi berjalan lancar dan efisien f. Adaptif: Saya telah fleksibel dalam menyesuaikan pertanyaan jika	

diperlukan, serta terbuka untuk menambahkan aspek-aspek baru yang muncul selama proses evaluasi.

- g. Harmonis:** Saya telah menyusun kuesioner dengan struktur yang logis dan tidak membingungkan, menciptakan pengalaman yang nyaman bagi responden saat mengisinya

2. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan.

- a. Akuntabel:** Saya telah menyajikan hasil evaluasi secara jujur dan transparan, bertanggung jawab atas setiap temuan, dan memastikan bahwa setiap kesimpulan didukung oleh data yang valid.
- b. Harmonis:** Saya telah mendiskusikan hasil evaluasi dengan ramah dan terbuka kepada pihak terkait, menciptakan suasana yang kondusif untuk menerima masukan dan membangun solusi bersama.
- c. Loyal:** Saya telah menggunakan hasil evaluasi sebagai dasar untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi kegiatan di masa depan, sebagai wujud dedikasi untuk kemajuan instansi.
- d. Adaptif:** Saya telah fleksibel dalam menginterpretasi data evaluasi, serta siap untuk menyesuaikan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil yang ditemukan.
- e. Kolaboratif:** Saya telah bekerja sama dengan tim atau pihak terkait dalam membahas temuan evaluasi, serta merumuskan langkah-langkah perbaikan secara sinergis
- f. Kompeten:** Saya telah menerapkan metode analisis data yang tepat untuk mengevaluasi efektivitas kegiatan, serta mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan

3. Membuat laporan kegiatan

- a. Akuntabel:** Saya telah menulis laporan secara jujur dan akurat berdasarkan data dan bukti yang valid, serta bertanggung jawab atas isi dan kesimpulan yang disajikan.
- b. Kompeten:** Saya telah menganalisis setiap data yang ada untuk mengevaluasi keberhasilan kegiatan dan menyajikannya dalam laporan secara profesional, menunjukkan kompetensi saya.

c. **Adaptif:** Saya telah siap untuk melakukan revisi dan penyesuaian jika ada masukan, serta fleksibel dalam mengakomodasi setiap perubahan format laporan yang mungkin diperlukan.

4. Penyerahan laporan kepada atasan/mentor

a. **Akuntabel:** Saya telah menyerahkan laporan yang lengkap dan akurat sesuai dengan data di lapangan, serta bertanggung jawab untuk setiap informasi yang termuat di dalamnya.

b. **Kompeten:** Saya telah menjelaskan poin-poin penting dalam laporan dengan jelas dan ringkas, menunjukkan pemahaman mendalam tentang setiap tahapan yang telah saya lalui.

c. **Harmonis:** Saya telah menghargai waktu atasan/mentor, dan menciptakan suasana yang nyaman dan terbuka saat berdiskusi mengenai laporan yang diserahkan.

d. **Kolaboratif:** Saya telah bekerja sama dalam berdiskusi mengenai temuan-temuan dalam laporan, serta mendengarkan setiap arahan sebagai bentuk sinergi untuk pengembangan diri di masa depan

B. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence

1. Membuat instrumen evaluasi berupa kuesioner

Formulir Evaluasi Pembuatan QR Code pada Wadah Sampel di Laboratorium

I. Identitas

Nama :
Jabatan :
Tanggal :
Unit Layanan : Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai

II. Aspek Kemudahan Pembuatan QR Code Bagi Petugas Administrasi (Skala 1 - 5)

Nilai: 1=Sangat Kurang, 2=Kurang, 3=Cukup, 4=Baik, 5=Sangat Baik

No.	Aspek yang Diperiksa	Nilai (1-5)	Keterangan
1.	Langkah-langkah untuk membuat QR Code jelas dan sederhana		
2.	Proses pembuatan QR Code berlangsung cepat tanpa kendala		
3.	QR Code dapat dibuat dalam jumlah banyak dengan mudah		
4.	Data pasien yang dimasukkan ke sistem QR Code tercatat dengan akurat		
5.	Kesalahan dalam pencetakan QR Code sangat jarang terjadi.		
6.	Sistem QR Code membantu menghemat waktu kerja administratif.		
7.	Bersedia menggunakan sistem QR Code dalam pekerjaan sehari-hari		
Rata-rata Nilai Fungsionalitas (Total Nilai / 7)			

III. Umpan Balik dan Rekomendasi Lanjutan

No.	Kategori Umpan Balik	Detail Masukan
1.	Kendala yang sering ditemui saat pembuatan QR Code untuk wadah sampel	
2.	Saran untuk meningkatkan kemudahan system penggunaan QR Code	
3.	Rekomendasi Keberlanjutan:	

Gambar 2.1.1 Lembar Kuisiioner Evaluasi Admin

Formulir Evaluasi Pembuatan QR Code pada Wadah Sampel di Laboratorium (Admin)

Tujuan: Mengukur persepsi kemudahan penggunaan sistem pembuatan QR Code pada wadah sampel pasien.

* Menunjukkan pertanyaan yang wajib diisi

Email *
Email Anda
Pertanyaan ini wajib diisi

I. Identitas

Nama Lengkap *
Jawaban Anda

Jabatan *
Jawaban Anda

Tanggal *
Tanggal
dd / mm / yyyy

Berikutnya

Halaman 1 dari 3

Kosongkan formulir

II. Aspek Kemudahan Pembuatan QR Code Bagi Petugas Administrasi (Skala 1 - 5)

Petunjuk Pengisian:

Beri tanda pada angka yang sesuai dengan pendapat Anda.
Nilai: 1=Sangat Kurang 2=Kurang 3=Cukup 4=Baik 5=Sangat Baik

Langkah-langkah untuk membuat QR Code jelas dan sederhana *

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

Proses pembuatan QR Code berlangsung cepat tanpa kendala *

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

QR Code dapat dibuat dalam jumlah banyak dengan mudah *

☐ 1
☐ 2

III. Umpan Balik dan Rekomendasi Lanjutan

Kendala yang sering ditemui saat pembuatan QR Code untuk wadah sampel *

Jawaban Anda

Saran untuk meningkatkan kemudahan system penggunaan QR Code *

Jawaban Anda

Rekomendasi Keberlanjutan *

Jawaban Anda

Kembali

Kirim

Halaman 3 dari 3

Kosongkan formulir

Gambar 2.1.2 Lembar Kuisisioner Evaluasi Admin dalam bentuk *Google Form*

Formulir Evaluasi Penggunaan QR Code pada Wadah Sampel di Laboratorium

I. Identitas

Nama :
Jabatan :
Tanggal :
Unit Layanan : Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai

II. Aspek Kemudahan Penggunaan QR Code Bagi Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik) (Skala 1 - 5)

Nilai: 1=Sangat Kurang, 2=Kurang, 3=Cukup, 4=Baik, 5=Sangat Baik

No.	Aspek yang Diperiksa	Nilai (1-5)	Keterangan
1.	QR Code pada wadah sampel mudah dipindai menggunakan smartphone		
2.	Proses pemindai QR Code berlangsung cepat tanpa banyak kesalahan		
3.	QR Code tetap dapat terbaca meskipun wadah dalam kondisi lembab atau kotor ringan		
4.	Informasi data dan jenis pemeriksaan pasien muncul dengan jelas setelah QR Code dipindai		
5.	QR Code membantu menghindari kesalahan identifikasi sampel pasien		
6.	QR Code mempercepat proses kerja saya dalam penerimaan dan pemeriksaan sampel.		
7.	Penggunaan QR Code mengurangi kebutuhan pencatatan manual		
8.	Dengan QR Code, alur kerja laboratorium menjadi lebih tertib dan efisien		

No.	Aspek yang Diperiksa	Nilai (1-5)	Keterangan
9.	QR Code mudah digunakan dalam pekerjaan sehari-hari		
10.	Puas dengan keandalan QR Code pada wadah sampel pasien		
11.	Saya Ingin QR Code tetap digunakan atau dikembangkan di masa mendatang		
Rata-rata Nilai Fungsionalitas (Total Nilai / 7)			

III. Umpan Balik dan Rekomendasi Lanjutan

No.	Kategori Umpan Balik	Detail Masukan
1.	Kesulitan yang dihadapi saat menggunakan QR Code pada wadah sampel pasien	
2.	Saran untuk meningkatkan kemudahan dan efektifitas penggunaan QR Code	
3.	Rekomendasi Keberlanjutan:	

Gambar 2.1.3 Lembar Kuisisioner Evaluasi Analis (ATLM)

Formulir Evaluasi Penggunaan QR Code pada Wadah Sampel di Laboratorium (ATLM)

Tujuan: Menilai kemudahan penggunaan QR Code pada wadah sampel dalam kegiatan identifikasi sampel pasien di laboratorium.

* Menunjukkan pertanyaan yang wajib diisi

Email *
Email Anda

I. Identitas

Nama Lengkap *
Jawaban Anda

Jabatan *
Jawaban Anda

Tanggal *
Tanggal
dd / mm / yyyy

Berikutnya

Kosongkan formulir

II. Aspek Kemudahan Penggunaan QR Code Bagi Petugas ATLM (Ahli Tenaga Laboratorium Medik) (Skala 1 - 5)

Petunjuk Pengisian:
Beri tanda pada angka yang sesuai dengan pendapat Anda.
Nilai: 1=Sangat Kurang 2=Kurang 3=Cukup 4=Baik 5=Sangat Baik

QR Code pada wadah sampel mudah dipindai menggunakan smartphone *

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

Proses pemindaian QR Code berlangsung cepat tanpa banyak kesalahan *

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

QR Code tetap dapat terbaca meskipun wadah dalam kondisi lembab atau kotor * ringan

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4

III. Umpan Balik dan Rekomendasi Lanjutan

Kesulitan yang dihadapi saat menggunakan QR Code pada wadah sampel pasien *
Jawaban Anda

Saran untuk meningkatkan kemudahan dan efektifitas penggunaan QR Code *
Jawaban Anda

Rekomendasi Keberlanjutan *
Jawaban Anda

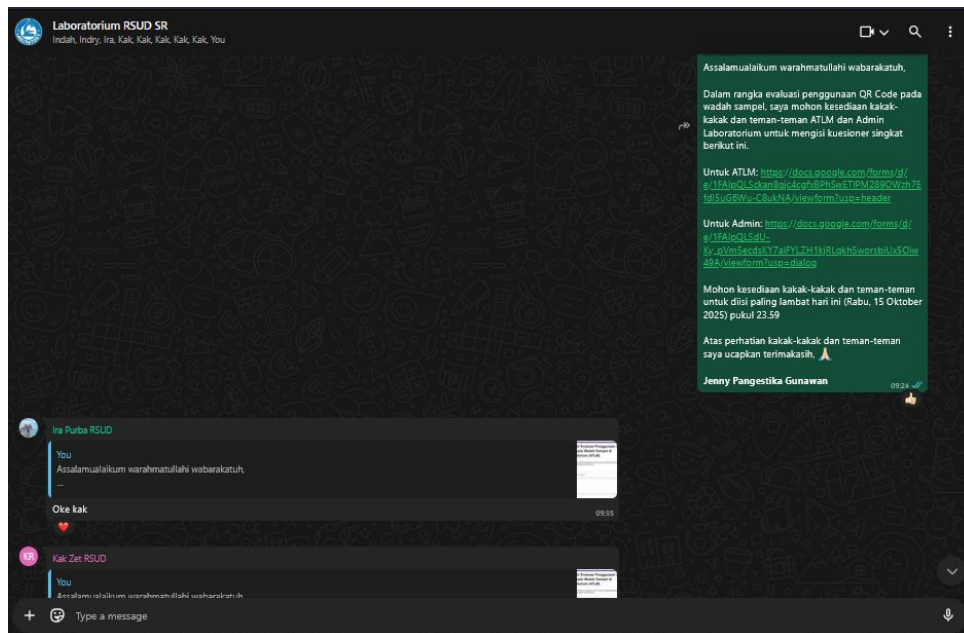
Kembali

Kirim

Kosongkan formulir

Gambar 2.1.4 Lembar Kuisisioner Evaluasi Analisis (ATLM) dalam bentuk Google Form

2. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan.



Gambar 2.2.1 Dokumentasi Kegiatan Evaluasi

3. Membuat laporan kegiatan

LAPORAN EVALUASI PENGGUNAAN QR CODE PADA WADAH SAMPEL PASIEN



Diusun oleh:

Nama : Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
NIP : 199712032025052003
Jabatan : Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama
Unit : Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai

UNIT LABORATORIUM
UPT RSUD SUNGAI RUMBAI
KABUPATEN DHARMASRAYA
2025

BERITA ACARA SERAH TERIMA PENYERAHAN LAPORAN MONITORING DAN EVALUASI

Pada Hari : Minggu
Tanggal : 19 Oktober 2025
Pukul : 09.00 WIB
Tempat : Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai

Telah diserahkan Laporan Evaluasi Penggunaan QR Code Pada Wadah Sampel Pasien

JUDUL : Laporan Evaluasi Penggunaan QR Code Pada Wadah Sampel Pasien
NAMA : Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
NIP : 19971203 202505 2 003
PANGKAT/GOOL : Pranata Muda/PA
JABATAN : Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama
UNIT : Laboratorium

Demikian Berita Acara Serah Terima Laporan Evaluasi ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Yang Menerima,
Kepala Unit Laboratorium

Nova Nur Islama, A.Md.AK
Nova Nur Islama, A.Md.AK
NIP. 19951102 202012 2 005

Yang Menyeraikan

Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
Jenny Pangestika Gunawan, S.Si
NIP. 19971203 202505 2 003

Gambar 2.3.1 Laporan Kegiatan

4. Penyerahan laporan kepada atasan/mentor



Gambar 2.4.1 Penyerahan Laporan kepada Kepala Ruangan Laboratorium

C. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Membuat instrumen evaluasi berupa kuesioner

- a. Proses: Peserta menyusun pertanyaan yang sesuai dengan tujuan penilaian, yaitu mengevaluasi efektivitas dan kemudahan penggunaan QR Code pada proses identifikasi sampel pasien. Pertanyaan disusun secara sistematis mencakup aspek teknis, kemudahan penggunaan, manfaat, serta kendala yang mungkin dihadapi pengguna. Setelah disusun, kuesioner direview dan disesuaikan agar mudah dipahami oleh responden sebelum disebarkan kepada petugas laboratorium.
- b. Kualitas Produk: Hasil kuesioner evaluasi yang valid, jelas, dan mudah digunakan oleh responden. Kuesioner ini mampu mengumpulkan data secara objektif mengenai persepsi dan pengalaman pengguna terhadap penerapan QR Code, sehingga menjadi alat ukur yang efektif dalam menilai keberhasilan implementasi sistem digitalisasi identifikasi

sampel di laboratorium.

2. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan.

- a. Proses: Peserta mengumpulkan data dan umpan balik dari petugas laboratorium yang terlibat dalam penggunaan QR Code. Proses ini mencakup penyebaran kuesioner yang berupa Google Form melalui Whatsapp grup Laboratorium serta pengamatan langsung terhadap pelaksanaan di lapangan. Hasil dari kegiatan ini kemudian dianalisis untuk menilai efektivitas penerapan sistem, kendala yang muncul, dan sejauh mana tujuan aktualisasi telah tercapai.
- b. Kualitas Produk: Produk yang dihasilkan berupa **laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan** yang berisi analisis komprehensif mengenai keberhasilan, tantangan, serta rekomendasi perbaikan untuk pengembangan sistem QR Code di masa mendatang. Laporan ini memiliki kualitas yang baik karena disusun berdasarkan data nyata dan umpan balik pengguna, sehingga dapat menjadi acuan dalam pengambilan keputusan dan peningkatan mutu pelayanan laboratorium.

3. Membuat laporan kegiatan.

- a. Proses: Peserta mengumpulkan seluruh hasil penilaian dan umpan balik dari responden, yaitu petugas admin dan analis laboratorium yang menggunakan sistem QR Code. Data yang diperoleh dari kuesioner kemudian dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif untuk menilai tingkat kemudahan, kecepatan, dan efektivitas penerapan QR Code dalam proses identifikasi sampel pasien.
- b. Kualitas Produk: **laporan evaluasi kuesioner yang akurat, informatif, dan dapat dijadikan dasar pengambilan keputusan.** Laporan ini menampilkan hasil penilaian secara objektif, disertai interpretasi dan rekomendasi perbaikan untuk peningkatan implementasi QR Code di laboratorium. Dengan penyajian data yang jelas dan analisis yang mendalam, laporan ini memiliki kualitas baik serta berfungsi sebagai bahan evaluasi berkelanjutan terhadap sistem digitalisasi yang telah

diterapkan.

4. Penyerahan laporan kepada atasan/mentor

- a. Proses: Peserta menyusun laporan dengan lengkap dan diverifikasi diserahkan secara resmi melalui pertemuan langsung dengan Kepala Ruangan. Dalam kegiatan ini juga dilakukan penyampaian ringkasan hasil evaluasi, temuan penting, serta rekomendasi untuk pengembangan sistem QR Code di masa mendatang. Penyerahan dilakukan dengan penuh tanggung jawab dan sesuai tata cara administrasi instansi
- b. Kualitas Produk: **laporan kegiatan resmi yang disahkan dan diterima oleh Kepala Ruangan Laboratorium**, yang memuat hasil pelaksanaan, evaluasi, dan rekomendasi tindak lanjut. Laporan ini memiliki kualitas baik karena disusun secara sistematis, berbasis data nyata, serta relevan dengan kebutuhan peningkatan mutu layanan laboratorium. Dengan adanya laporan ini, pihak manajemen memiliki dasar yang kuat untuk mempertahankan dan mengembangkan sistem digitalisasi identifikasi sampel pasien menggunakan QR Code secara berkelanjutan

D. Manfaat Kegiatan terhadap pencapaian visi, misi dan tugas organisasi

Kegiatan ini mendukung Visi Pemerintahan Kabupaten Dharmasraya “Dharmasraya Sejahtera Maju”. Dan salah satu Misinya “Meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan memastikan akses yang lebih baik serta peningkatan mutu layanan bagi seluruh masyarakat”.

E. Analisis dampak (terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS

Apabila kegiatan mengevaluasi hasil kegiatan kepada Kepala Ruangan Laboratorium UPT RSUD Sungai Rumbai tidak dilaksanakan berdasarkan NDS, Bagi satuan kerja, hal ini dapat menyebabkan proses evaluasi menjadi tidak

objektif, tidak transparan, dan tidak terdokumentasi dengan baik, sehingga hasil evaluasi tidak dapat dijadikan dasar yang valid untuk perbaikan kinerja dan pengambilan keputusan. Sementara bagi masyarakat, khususnya pengguna layanan laboratorium, dampaknya berupa menurunnya kualitas pelayanan akibat tidak adanya perbaikan berkelanjutan. Secara keseluruhan, pengabaian nilai dasar ASN dalam proses evaluasi akan menghambat terciptanya budaya kerja yang profesional, transparan, dan berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan publik.

c. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai–Pemerintah Kabupaten Dharmasraya		
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Paraf Mentor
1.	Rabu, 10 September 2025 / 15.00 WIB	- Tambahkan pembuatan SPO pada rencana kegiatan aktualisasi - Tambahkan mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	- Tersedianya rancangan kegiatan Pembuatan SPO - Tersediany mitigasi risiko jika ada kendala penggunaan QR Code	
2.	Rabu, 15 September 2025 / 14.30 WIB	- Tambahkan nama pada QR Code jangan hanya pemeriksaan - SPO diperlihatkan ke Kepala Ruangan Laboratorium, Komite Nakes lainnya, dan Kasi Penunjang Medik	- Tersedianya nama pada QR Code dan jenis pemeriksaanya - SPO sudah di revisi oleh Kepala Ruangan, dan diperlihatkan kepada Komite Nakes Lainnya dan Kasi Penunjang Medik	

3.	Rabu, 24 September 2025 / 14.30 WIB	- Ganti tujuan ke 2 SPO sesuai dengan pengertian identifikasi pasien - Tambahkan Mitigasi risiko pada SPO - Untuk SPO disahkan secara kolektif di akhir Aktualisasi Latsar	- Tersedianya tujuan SPO sesuai dengan pengertian identifikasi pasien - Tersedianya mitigasi risiko pada prosedur SPO	4
4.	Sabtu, 04 Oktober 2025 / 14.30 WIB	- Tambahkan semua Unit terkait pada SPO	- Tersedianya SPO yang sudah ditambahkan unit terkait	4
5.	Sabtu, 15 Oktober 2025 / 14.30 WIB	- SPO cukup unit laboratorium saja - Mulai buat powerpoint untuk klasikal	- Tersedianya SPO yang sah	4

d. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		Jenny Pangestika Gunawan, S.Si			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai– Pemerintah Kabupaten Dharmasraya			
Tempat Aktualisasi		Tempat Tugas			
N o	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/Output	Media komunikasi (Telepon/WA/LMS /Email/dll)	Paraf Coach
1.	Rabu, 23 Oktober 2025	Menyerahkan draft laporan minggu ke-4 sesuai dengan kegiatan yang dilakukan			