



LAPORAN AKTUALISASI

EVALUASI PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS BERDASARKAN STANDAR AKREDITASI UNTUK KESELAMATAN LINGKUNGAN KERJA DI UPT RSUD SUNGAI RUMBAI

Disusun oleh:

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 199011282025052001
Unit Kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil

**PELATIHAN DASAR CPNS GOLONGAN II DAN ANGKATAN XVII
LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA
TAHUN 2025**



LEMBAR PENGESAHAN EVALUASI AKTUALISASI

EVALUASI PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS BERDASARKAN STANDAR AKREDITASI UNTUK KESELAMATAN LINGKUNGAN KERJA DI UPT RSUD SUNGAI RUMBAI

Disusun oleh:

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 199011282025052001
Unit Kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai

Telah diseminarkan Evaluasi Aktualisasi pada
Tanggal 31 Oktober Tahun 2025

Mengetahui
Coach

ARFIGA WAHYU, S.STP
NIP. 19900201 201010 1 001

Menyetujui
Mentor


Zepri Sandi, S.Kep
NIP. 19780911 200604 1 010

Mengetahui
Penguji

Dr. Belly Isnaeni, SH, MH
NIP.19760527 199502 1 001

**LEMBAR PERUBAHAN JUDUL PELATIHAN DASAR CPNS
GOLONGAN II DAN ANGKATAN XVII TAHUN 2025**

1	Nama Peserta	Lusi Wulandari, A.Md. Keb
2	NIP	199011282025052001
3	Pangkat (Gol/Ruang)	II/C
4	Jabatan	Epidemiolog Kesehatan Terampil
5	Unit Kerja	UPT RSUD Sungai Rumbai
6	Instansi	Pemerintah Kabupaten Dharmasraya
7	Perubahan Pada	Judul
8	Rancangan Aktualisasi	Analisis Dan Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis Berdasarkan Standar Akreditasi Untuk Keselamatan Lingkungan Kerja Di UPT RSUD Sungai Rumbai
9	Laporan Aktualisasi	Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis Berdasarkan Standar Akreditasi Untuk Keselamatan Lingkungan Kerja Di UPT RSUD Sungai Rumbai
10	Alasan Perubahan	Judul terlalu luas cakupannya

Dharmasraya, 10 September 2025

Mengetahui
Atasan Langsung Mentor,



dr. Sujito, M.KM
NIP. 19790821 200804 1 001

Peserta,



Lusi Wulandari, A.Md.Keb
NIP. 19901128 202505 2 001

Menyetujui
Mentor,



Zepri Sandi, S.Kep
NIP. 19780911 200604 1 010

Menyetujui
Coach,

ARFIGA WAHYU, S.STP
NIP. 19900201 201010 1 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena dengan Rahmat dan Hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Pelaksanaan Aktualisasi ini. Judul Laporan Pelaksanaan Aktualisasi peserta adalah Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis Berdasarkan Standar Akreditasi Untuk Keselamatan Lingkungan Kerja DI UPT RSUD Sungai Rumbai.

Peserta menyadari bahwa penyusunan Laporan ini tidak lepas dari dukungan dan bimbingan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Sarjayadi, SS selaku Kepala PPSDM Regional Bukittinggi serta jajarannya selaku penyelenggara Pelatihan Dasar CPNS.
2. Bapak dr. Sujito, M.KM selaku Direktur UPT RSUD Sungai Rumbai yang telah memberikan bimbingan, arahan, dukungan serta izin yang sangat berarti bagi penulis dalam pembuatan rancangan aktualisasi ini.
3. Bapak Zepri Sandi, S.Kep selaku Mentor yang telah memberikan bimbingan, arahan serta dukungan yang sangat berarti bagi penulis dalam pembuatan rancangan aktualisasi ini
4. Arfiga Wahyu, S.STP selaku pembimbing/coach yang telah mengarahkan, membimbing dan memberikan masukan dengan penuh kesabaran dalam pembuatan rancangan aktualisasi ini.
5. Seluruh panitia pelatihan Dasar Calon Pegawai Negeri Sipil dan Staf Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia Regional Bukittinggi.

5. Seluruh panitia pelatihan Dasar Calon Pegawai Negeri Sipil dan Staf Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia Regional Bukittinggi.
6. Kepada Kedua Orang Tua dan saudara/saudari yang telah memberikan dukungan, semangat, doa restu yang tiada hentinya.

Peserta menyadari bahwa laporan pelaksanaan aktualisasi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan di masa mendatang. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat nyata bagi peningkatan mutu pelayanan di UPT RSUD Sungai Rumbai, khususnya dalam menunjang keselamatan seluruh staff dan pasien.

Dharmasraya, 31 Oktober 2025

Peserta



Lusi Wulandari, A.Md.Keb

NIP.19901128 202505 2 001

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR PENGESAHAN EVALUASI AKTUALISASI	i
LEMBAR PERUBAHAN JUDUL	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
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.....	13
BAB III RINGKASAN RANCANGAN AKTUALISASI	16
A. Deskripsi Isu.....	16
B. Analisis Core Isu	24
C. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu	25
BAB IV CAPAIAN PELAKSANAAN AKTUALISASI	27
A. Matrik Jadwal Kegiatan Aktualisasi	27
B. Matrik Pelaksanaan Aktualisasi.....	28
C. Matrik Rekapitulasi Realisasi Habituasi NND PNS (BerAKHLAK)	56
D. Capaian Penyelesaian Core Isu.....	57

E. Manfaat terselesaikannya <i>Core Isu</i>	58
F. Rencana tindak lanjut hasil aktualisasi	60
BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	62
A. KESIMPULAN	62
B. REKOMENDASI.....	66
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	69

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Penetapan <i>Core Isu</i> dengan Analisis APKL.....	27
Tabel 3.2 Analisis Penyebab Isu dengan teknik USG.....	29
Tabel 3.3 Matrik Pelaksanaan Aktualisasi.....	31
Tabel 3.4 Matrik Rekapitulasi Rencana Habitulasi.....	51
Tabel 3.5 Rencana jadwal kegiatan aktualisasi.....	52

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Peta wilayah Kabupaten Dharmasraya.....	7
Gambar 2.2 RSUD Sungai Rumbai.....	8
Gambar 2.3 Struktur organisasi RSUD Sungai Rumbai.....	12
Gambar 3.1 Proses pengambilan sampel.....	17
Gambar 3.2 Kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah.....	18
Gambar 3.3 Kepatuhan petugas dalam mengelola limbah tajam	18
Gambar 3.4 Kepatuhan petugas dalam memakai APD	19
Gambar 3.5 Sampah infeksius bercampur dengan sampah Non infeksius	20

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke 1
- Lampiran 2. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke 2
- Lampiran 3. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke 2-3
- Lampiran 4. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke 3-4
- Lampiran 5. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke 4-5
- Lampiran 6. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke 5
- Lampiran 7. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke 6
- Lampiran 8. Laporan Monitoring Evaluasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan UU No. 20 Tahun 2023 pasal 12 Tentang Aparatur Sipil Negara menerangkan bahwa Pegawai ASN berperan sebagai perencana, pelaksana, dan pengawas penyelenggaraan tugas umum pemerintahan dan pembangunan nasional melalui pelaksanaan kebijakan dan pelayanan publik yang profesional, bebas dari intervensi politik, serta bersih dari praktik korupsi, kolusi, dan nepotisme. Dalam rangka mempercepat pelaksanaan transformasi ASN dengan hasil kerja tinggi dan perilaku yang berorientasi pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, loyal, adaptif, dan kolaboratif, perlu dilakukan penyempurnaan terhadap pelaksanaan manajemen aparatur sipil negara.

Sektor pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit, memegang peran krusial dalam menyediakan layanan kuratif dan rehabilitatif bagi masyarakat. Namun, seiring dengan kompleksitas layanan tersebut, timbul pula tantangan serius dalam pengelolaan limbah yang dihasilkan. Limbah medis, yang merupakan buangan dari aktivitas pelayanan kesehatan, secara teknis dan regulasi dikategorikan sebagai Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) yang berpotensi menimbulkan risiko kesehatan dan pencemaran lingkungan yang signifikan. Pengelolaan yang tidak sesuai standar dapat menjadi sumber penyebaran infeksi nosokomial,

membahayakan keselamatan pasien, petugas kesehatan, serta masyarakat di sekitar fasilitas pelayanan.

Tingginya resiko ini menuntut setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) untuk patuh secara mutlak terhadap peraturan yang berlaku. Di Indonesia, landasan hukum utama pengelolaan limbah medis terbagi menjadi dua pilar regulatoris. Pertama, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasyankes Berbasis Wilayah, yang secara tegas mewajibkan setiap fasyankes untuk melaksanakan pengelolaan limbah medis. Regulasi ini mengatur tahapan pengelolaan secara internal, meliputi pengurangan dan pemilahan limbah di sumbernya, serta pengelolaan eksternal melalui pengumpul, pengolah, dan penimbun limbah yang berizin.

Pilar kedua adalah Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor 6 Tahun 2021 tentang Tata Cara dan Persyaratan Pengelolaan Limbah B3, yang memberikan panduan teknis mendalam, termasuk ketentuan mengenai pengemasan, penyimpanan, dan pengangkutan limbah. Kepatuhan ini tidak hanya sebatas pemenuhan kewajiban hukum, tetapi juga menjadi elemen fundamental dalam penilaian mutu dan keselamatan pasien. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022, pemenuhan standar pengelolaan limbah, seperti kepemilikan izin pengelolaan limbah cair dan kerja sama dengan pihak ketiga yang berizin, merupakan persyaratan mendasar dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit. Rumah sakit yang tidak

mampu memenuhi standar ini berisiko gagal dalam proses akreditasi, yang pada akhirnya akan mengikis kepercayaan publik dan mengancam keberlanjutan operasional.

Observasi lapangan di RSUD Sungai Rumbai menunjukkan adanya kesenjangan yang signifikan antara standar yang seharusnya diterapkan dan praktik yang terjadi. Ditemukan adanya perilaku tidak aman, yaitu pencampuran limbah non-medis ke dalam kantong limbah infeksius. Ketika ditelusuri, perilaku ini sering kali dikaitkan dengan faktor kelalaian, seperti "lupa karena banyak pasien" atau "pasien mengajak mengobrol," yang mengindikasikan adanya tekanan kerja dan kurangnya fokus. Masalah ini diperparah oleh ketidakpatuhan petugas kebersihan dalam menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) seperti sarung tangan dan masker, meskipun telah disediakan oleh pihak rumah sakit. Pada gilirannya, kedua perilaku ini adalah manifestasi dari tantangan struktural yang lebih dalam, yaitu kekurangan Sumber Daya Manusia (SDM) pada bagian *cleaning service*, di mana hanya tersedia 7 dari 14 orang yang idealnya dibutuhkan.

Sebagai seorang Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) dengan jabatan Epidemiolog Kesehatan Terampil yang ditempatkan di administrasi laboratorium, peran ini memberikan perspektif unik untuk menganalisis isu tersebut. Isu ini tidak hanya dilihat sebagai masalah teknis pengelolaan sampah, melainkan sebagai ancaman nyata terhadap kesehatan masyarakat dan keselamatan lingkungan kerja. Laporan aktualisasi ini menjadi wadah untuk mengaplikasikan nilai-nilai dasar ASN Ber-AKHLAK

ASN dalam merumuskan solusi yang terukur, relevan, dan berkelanjutan serta sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Pelatihan Dasar CPNS ini maka dibuatlah laporan pelaksanaan aktualisasi yang berjudul **“Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis Berdasarkan Standar Akreditasi Untuk Keselamatan Lingkungan Kerja Di UPT RSUD Sungai Rumbai ”**

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

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 dalam setiap tahapan pelaksanaan tugas dan fungsi jabatan untuk mewujudkan pelayanan publik yang prima, efektif, dan profesional.

2. Tujuan Khusus

- a) Menganalisis secara komprehensif penyebab dan dampak dari isu pengelolaan limbah medis yang tidak aman di RSUD Sungai Rumbai.
- b) Merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi serangkaian kegiatan intervensi yang solutif untuk meningkatkan kepatuhan dan kapasitas petugas dalam mengelola limbah medis sesuai standar yang berlaku.

- c) Mengidentifikasi dan menunjukkan kontribusi nyata dari setiap kegiatan aktualisasi terhadap pencapaian visi dan misi organisasi, serta penguatan nilai-nilai institusional.
- d) Membangun pemahaman dan kesadaran kolektif di lingkungan kerja mengenai pentingnya praktik pengelolaan limbah medis yang aman dari perspektif epidemiologi kesehatan dan keselamatan kerja

C. Ruang Lingkup

Kegiatan Pelaksanaan Aktualisasi Pelatihan Dasar CPNS tahun 2025 ini dilakukan di UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya. Sasaran dari penelitian ini melibatkan petugas kebersihan sebagai pelaksana dan seluruh staf klinis (khususnya di area penempatan peserta yaitu administrasi laboratorium) UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya. Kegiatan pelaksanaan rancangan aktualisasi yang akan dilakukan yaitu evaluasi, dan perbaikan proses pengelolaan limbah di RSUD Sungai Rumbai, dengan penekanan pada aspek pemilahan limbah (infeksius dan non-medis) dan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) oleh petugas kebersihan. Kegiatan aktualisasi dilakukan pada masa habituasi dimulai tanggal 10 September s.d 17 Oktober 2025 di UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya.

BAB II

PROFIL INSTANSI DAN PESERTA

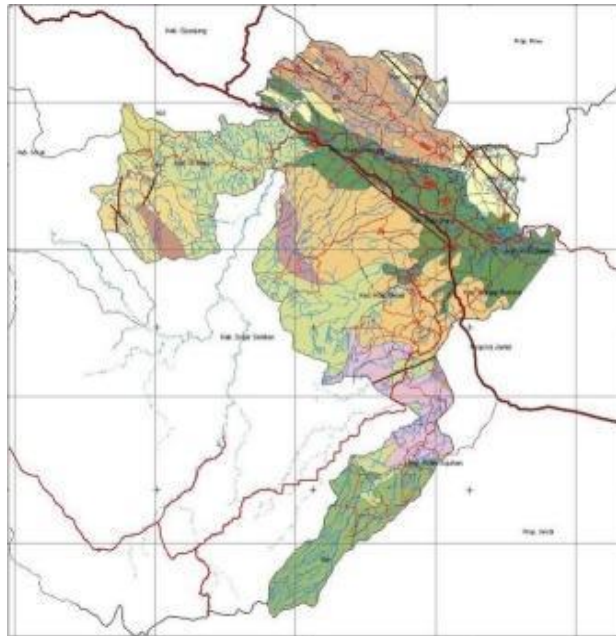
A. Profil Instansi

1. Gambaran umum UPT RSUD Sungai Rumbai

a. Keadaan Geografis

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. Letak, luas dan batas wilayah Kabupaten Dharmasraya terletak pada posisi 00048'25,4"- 1041'40,3" LS dan 10108'32,5"-101053'30,2" BT. Kabupaten Dharmasraya terletak pada wilayah perbatasan Provinsi Sumatera Barat dengan Provinsi Jambi dan Provinsi Riau yang dilewati jalur Jalan Lintas Tengah Sumatera. Luas wilayah Kabupaten Dharmasraya berdasarkan Perda No 4 Tahun 2009 yaitu 2.961,13 Km² (296.113 Ha), sedangkan berdasarkan perhitungan pemetaan hasil digitasi citra spot 5 pada RTRW Kabupaten Dharmasraya memiliki luas 3.025,99 km² (302.599) Ha.

Gambar 2.1
Peta Kabupaten Dharmasraya



Secara administratif, Kabupaten Dharmasraya terdiri dari 11 kecamatan dan 52 Nagari, dengan batas wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Sijunjung, serta Kabupaten Kuantan Singingi Provinsi Riau,
2. Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Bungo dan Kabupaten Kerinci Provinsi Jambi,
3. Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Bungo dan Kabupaten Tebo Provinsi Jambi.
4. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Solok dan Kabupaten Solok Selatan Provinsi Sumatera Barat.

b. 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:

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

c. Visi Misi RSUD Sungai Rumbai

- 1) Visi RSUD Sungai Rumbai

“Menjadi Rumah Sakit Yang Terpercaya Dalam Pelayanan”.

- 2) Misi 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.

d. Status Perizinan

- 1) Status perizinan Rumah Sakit Umum Daerah Sungai Rumbai berdiri: Keputusan Bupati Dharmasraya Nomor 189.1/406/KTPS-BUP/2017 Tanggal 14 November 2017 Tentang Penetapan Alih Fungsi Instalasi Gawat Darurat Unit Layanan Pusat Kesehatan Masyarakat Sungai Rumbai Menjadi Rumah Sakit Umum Sungai Rumbai Kelas D Di Kabupaten Dharmasraya.
- 2) Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor 441/874/YAN-SDK/VIII/Dinkes-2017 Tentang Pembentukan Tim Percepatan Alih Fungsi Status Igd Unit Layanan Puskesmas Sungai Rumbai Menjadi RSUD Pratama Tipe D Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya.
- 3) Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor 441/1049/YAN-SDK/VIII/Dinkes-2017 Tentang Pembentukan Tim Penyusunan Studi Kelayakan (Feasibility Study) Alih Fungsi Status Igd Unit Layanan Puskesmas Sungai Rumbai Menjadi RSUD Pratama Tipe D Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya.
- 4) Keputusan Bupati Dharmasraya Nomor: 188.45/09/KPTS-BUP/2018 Tanggal 25 Januari 2018 Tentang Pembentukan Tim Visitasi

Pemberian Izin Operasional Rumah Sakit Umum di Kabupaten Dharmasraya Tahun 2018.

- 5) Keputusan Kadis Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor: 503/001/IMB/DPMPTSP/01/2018 Tentang Surat Izin Mendirikan Bangunan RSUD Kelas D.
- 6) Keputusan Kadis Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor: 503/002/SITU-PTSP/01/2018 Tentang Surat Izin Tempat Usaha Izin Gangguan. Keputusan Bupati Dharmasraya Nomor: 503/03/ILING/DPMPTSP-2018 Tentang Izin Lingkungan Kegiatan Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Sungai Rumbai.
- 7) Keputusan Kadis Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor: 503/04/SIOSR/DPMPTSP/01/2018 Tentang Surat Izin Operasional Rumah Sakit Kelas D.
- 8) Surat Bupati Dharmasraya Kepada Menteri Kesehatan C/Q Direktorat Jendral Pelayanan Nomor: 441/40/YAN-SDK/Dinkes - 2018. Tanggal 31 Januari 2018 Hal: Permohonan Registrasi/ Kode RS Ditindaklanjuti Dengan Keluarnya Kode RSUD Sungai Rumbai dengan Nomor Registrasi 1311002.
- 9) Tanggal 31 Januari 2018 RSUD Sungai Rumbai Telah Resmi Terdaftar Sebagai RSUD Kelas D di Kementrian Kesehatan.

10) Peraturan Bupati Dharmasraya Nomor 100 Tahun 2019 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya.

e. Struktur Organisasi

Dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya Direktur RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya dibantu oleh 1 (tiga) Orang Kepala Sub Bagian dan 2 (dua) orang Kepala Seksi sesuai dengan Peraturan Bupati Dharmasraya No. 100 Tahun 2019 sebagaimana bagan di bawah ini.

Gambar 2.3
Struktur Organisasi RSUD Sungai Rumbai



Keterangan :

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Direktur | : dr. Sujito, M.KM |
| 2. Plt. 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. |

f. Visi-misi Pemerintah Kab. Dharmasraya

1) Visi

“Dharmasraya Sejahtera Merata”

2) Misi

- a) Peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan akses yang lebih luas serta layanan berkualitas bagi masyarakat.
- b) Penguatan ekonomi berbasis potensi lokal, dengan mendukung UMKM dan mengoptimalkan sumber daya daerah.
- c) Pembangunan infrastruktur yang maju dan merata, guna menopang pertumbuhan ekonomi serta kesejahteraan warga.
- d) Pengelolaan lingkungan berkelanjutan, dengan kebijakan pembangunan ramah lingkungan.
- e) Reformasi tata kelola pemerintahan, melalui digitalisasi layanan publik dan birokrasi yang transparan.
- f) Peningkatan ekonomi masyarakat dan Pendapatan Asli Daerah (PAD), demi mendorong kemandirian finansial daerah

B. Profil Peserta

1) Data Pribadi

Peserta merupakan CPNS Kabupaten Dharmasraya Golongan II Angkatan XVII kelompok 3 yang mengikuti program Pelatihan Dasar yang dilaksanakan di Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Regional Bukit Tinggi. Peserta bertugas di UPT RSUD Sungai Rumbai

Kabupaten Dharma Raya sebagai Epidemiolog Kesehatan Terampil,

Berikut profil penulis secara umum:

Nama Diklat	:	Pelatihan Dasar CPNS Golongan II Angkatan XVII Tahun 2025
Instansi	:	UPT RSUD Sungai Rumbai
Nama Lengkap	:	Lusi Wulandari, A.Md.Keb
NIP	:	19901128 202505 2 001
Pangkat/Golongan	:	II/c
Jabatan	:	Epidemiolog Kesehatan Terampil
Pendidikan	:	Ahli Madya Kebidanan

2) Tugas Pokok dan Fungsi Jabatan Peserta

Tugas Dan Fungsi Jabatan peserta Epidemiolog Kesehatan Terampil sebagai berikut:

a) Tugas Pokok

1. Melaksanakan surveilans epidemiologi.
2. Melakukan kewaspadaan dini dan pemantauan kejadian luar biasa (KLB).
3. Melakukan penyelidikan dan penanggulangan KLB.
4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program kesehatan.
5. Mengelola data epidemiologi (pengumpulan, pengolahan, analisis, interpretasi).
6. Melakukan kajian epidemiologi untuk mendukung kebijakan.

7. Melakukan penyebarluasan informasi epidemiologi kepada masyarakat/petugas kesehatan.
8. Melakukan pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan

b) Fungsi Jabatan

1. Sebagai pengumpul dan pengolah data masalah kesehatan.
2. Sebagai detektor dini terhadap penyakit/masalah kesehatan di masyarakat maupun di rumah sakit.
3. Sebagai penyedia informasi berbasis data untuk pengambilan keputusan kesehatan.
4. Sebagai pelaksana kajian dan evaluasi terkait program kesehatan.
5. Sebagai penghubung antara data epidemiologi dengan upaya pencegahan, penanggulangan, dan edukasi kesehatan masyarakat.

BAB III

RINGKASAN RANCANGAN AKTUALISASI

A. Deskripsi Isu

Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai.

Di UPT RSUD Sungai Rumbai, sebuah tantangan muncul terkait konsistensi dalam pelaksanaan prosedur pengelolaan limbah medis. Walaupun rumah sakit telah berusaha untuk memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI, termasuk memiliki standar operasional prosedur (SOP) dan tim pengelola limbah yang terlatih, implementasi di lapangan masih belum ideal. Hal ini menjadi penghalang utama dalam mencapai standar keselamatan lingkungan kerja yang optimal. Jika tidak ditangani, dapat menimbulkan risiko kesehatan dan berpengaruh terhadap penilaian akreditasi rumah sakit.

Berdasarkan hasil observasi dan survei lapangan di RSUD Sungai Rumbai, hasil penanganan limbah cair di RSUD Sungai Rumbai telah menunjukkan praktik yang optimal. Fasilitas pengolahan limbah cair (IPAL - Instalasi Pengolahan Air Limbah) berfungsi dengan baik dan berjalan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ditetapkan.

Secara rutin, air limbah dari seluruh area rumah sakit, termasuk dari poli klinik, laboratorium, dan ruang perawatan, dialirkan ke IPAL

untuk diolah. Proses pengolahan ini mencakup beberapa tahapan, seperti pengendapan, aerasi, dan desinfeksi, untuk memastikan bahwa air limbah yang dibuang ke lingkungan telah memenuhi baku mutu yang dipersyaratkan oleh regulasi pemerintah dan standar akreditasi.

Pengambilan sampel efluen rutin dilakukan tiap bulan, dan sampel tersebut dikirim ke padang untuk pengujian. Hasil pengujian berkala menunjukkan bahwa efluen (air buangan) dari IPAL memiliki kualitas yang aman dan tidak berpotensi mencemari lingkungan. Hal ini menunjukkan komitmen rumah sakit dalam menjaga kesehatan lingkungan dari resiko pencemaran limbah cair. Meskipun demikian, pengawasan dan pemeliharaan IPAL secara rutin tetap menjadi prioritas untuk memastikan keberlanjutan proses yang optimal.

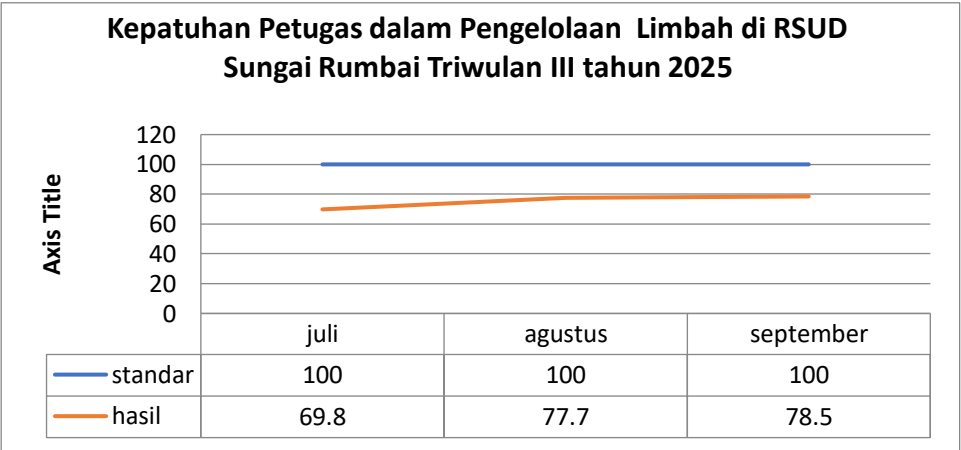


Gambar 3.1
Proses pengambilan sampel

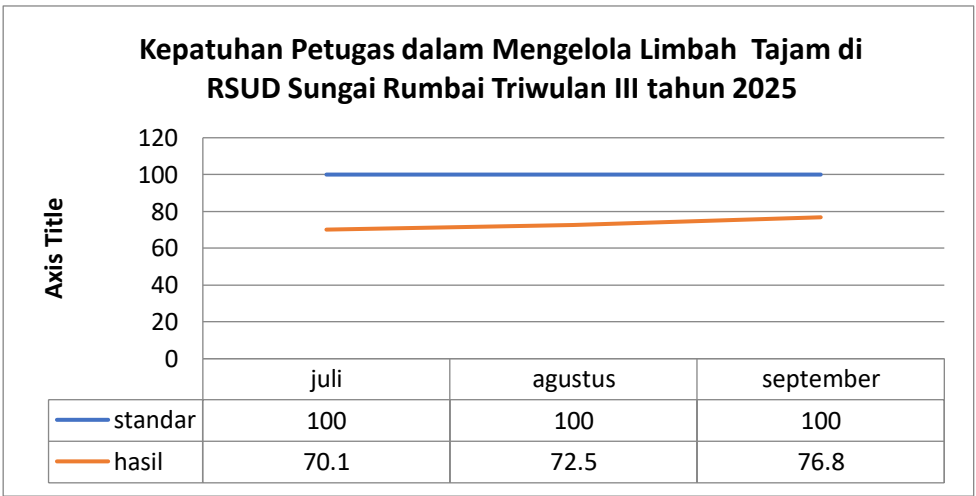
Berbeda dengan limbah cair, meskipun pengelolaan limbah cair telah berjalan baik, hasil observasi pada limbah padat justru menunjukkan adanya resiko bahaya kesehatan dan pencemaran

lingkungan yang berasal dari perilaku tidak aman dalam pengelolaan limbah medis padat.

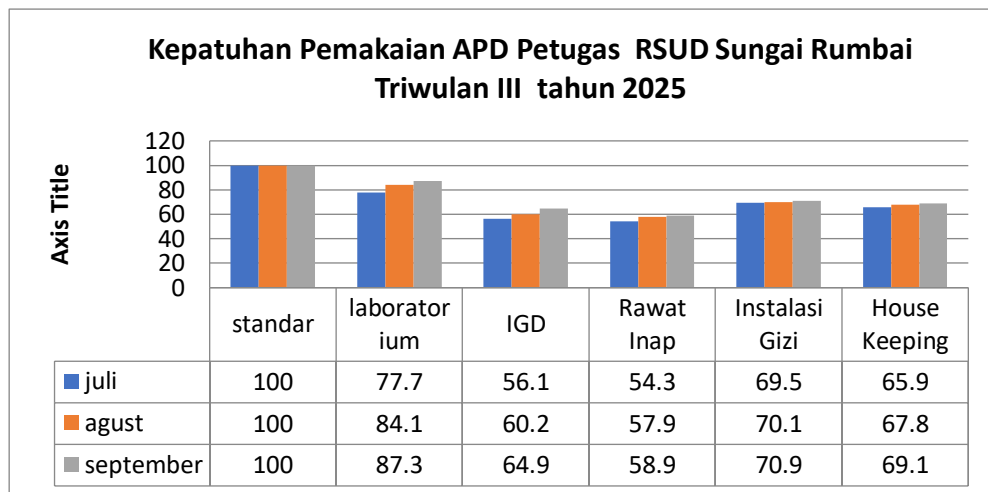
Hal itu dapat dilihat dari gambar berikut:



Gambar 3.2 Kepatuhan petugas dalam pengelolaan limbah



Gambar 3.3 Kepatuhan petugas dalam mengelola limbah tajam



Gambar 3.4 Kepatuhan petugas dalam memakai APD

Berdasarkan hasil evaluasi Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSUD Sungai Rumbai Triwulan III Tahun 2025, tingkat kepatuhan petugas dalam penerapan prinsip keselamatan kerja, terutama pada aspek penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dan pengelolaan limbah medis, masih berada pada kategori sedang dan belum mencapai target Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.03/MENKES/1128/2022.

Menurut standar INM, indikator kepatuhan penggunaan APD ditargetkan mencapai 100%, sedangkan kepatuhan pengelolaan limbah medis padat juga ditetapkan 100% untuk menjamin lingkungan rumah sakit yang aman dan bebas risiko infeksi. Hasil pengukuran di RSUD Sungai Rumbai menunjukkan bahwa kepatuhan penggunaan APD masih bervariasi antarunit, dengan capaian tertinggi di laboratorium sebesar 87,3%, sedangkan di instalasi gawat darurat (64,9%) dan ruang rawat inap (58,9%) masih jauh dari target. Temuan di lapangan menunjukkan bahwa

sebagian petugas belum menggunakan APD sesuai indikasi tindakan dan masih terdapat kesalahan dalam pelepasan APD, sehingga efektivitas perlindungan belum optimal.

Sementara itu, hasil kepatuhan pengelolaan dan pemilahan limbah medis menunjukkan angka 78,5% untuk limbah padat umum dan 76,8% untuk limbah benda tajam. Capaian ini juga belum memenuhi standar INM. Permasalahan yang sering ditemukan adalah rendahnya kesadaran petugas dalam membedakan limbah infeksius dan noninfeksius, adanya salah penempatan limbah pada wadah yang tidak sesuai warna, serta keterlambatan dalam pembuangan limbah yang sudah melebihi kapasitas. Kondisi tersebut tidak hanya meningkatkan potensi infeksi silang, tetapi juga berdampak pada kenaikan biaya pengelolaan limbah infeksius yang seharusnya dapat diminimalkan dengan pemilahan yang benar.

Berikut adalah fakta pendukung yang terjadi dapat dilihat dari



Gambar 3.5
Sampah infeksius bercampur dengan sampah noninfeksius

Kedua, adalah ketidakpatuhan petugas kebersihan dalam menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) yang vital, seperti sarung tangan dan masker, saat melaksanakan tugasnya. Padahal, ketersediaan APD telah dipenuhi oleh rumah sakit sebagai bagian dari upaya perlindungan diri.

Jika ditelusuri lebih dalam, masalah ini dipengaruhi oleh faktor beban kerja. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit, setiap rumah sakit wajib menyediakan tenaga kebersihan (*cleaning service*) dalam jumlah yang proporsional terhadap luas bangunan serta kompleksitas pelayanan yang diberikan. Secara umum, kebutuhan tenaga *cleaning service* dihitung dengan rasio satu orang petugas untuk setiap 400–500meter persegi area kerja aktif, yang mencakup ruang pelayanan, koridor, ruang publik, serta area penunjang lainnya.

RSUD Sungai Rumbai memiliki luas lahan sekitar 2 hektar ($\pm 20.000 \text{ m}^2$), namun area pelayanan aktif yang digunakan untuk kegiatan pelayanan medis dan penunjang diperkirakan hanya $\pm 7.000 \text{ m}^2$. Berdasarkan rasio kebutuhan tersebut, maka idealnya rumah sakit ini memerlukan sekitar 14 hingga 18 orang petugas *cleaning service* agar kegiatan kebersihan dapat dilaksanakan secara optimal dengan sistem kerja tiga shift (pagi, siang, dan malam). Namun, kondisi aktual menunjukkan bahwa saat ini hanya terdapat 7 orang petugas *cleaning service* yang tersedia, sehingga setiap petugas

bertanggung jawab terhadap area kerja yang luas, yaitu sekitar 1.000 m² per orang.

Kondisi ini membuat petugas harus bekerja lebih cepat sehingga terkadang tidak melakukan pemilahan dengan benar dan mengabaikan pemakaian APD karena dianggap merepotkan. Walaupun terlihat sepele, jika hal ini terus terjadi, akan menimbulkan resiko kesehatan bagi petugas, pasien, dan juga lingkungan rumah sakit.

Jadi jika isu ini tidak segera ditangani, dampak yang ditimbulkan akan bersifat serius dan multisektoral. Dampak-dampak tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- Peningkatan Risiko Infeksi: Pencampuran limbah non-medis, seperti sisa makanan atau kertas, bungkus spuit, ke dalam kantong infeksius dapat mengkontaminasi limbah non-medis lainnya dan memicu penyebaran patogen. Hal ini meningkatkan risiko infeksi nosokomial, tidak hanya bagi petugas kebersihan yang menangani limbah tersebut tanpa APD, tetapi juga bagi pasien dan staf medis lainnya.
- Risiko Kecelakaan Kerja: Petugas kebersihan yang tidak menggunakan sarung tangan dan APD yang memadai berisiko tinggi terpapar cairan tubuh, darah, atau bahkan limbah tajam yang tidak sengaja tercampur, yang dapat menyebabkan cedera dan penularan penyakit.

- Pencemaran Lingkungan: Pengelolaan limbah yang tidak terpilah dan tidak sesuai standar akan menyebabkan kontaminasi pada rantai pengolahan selanjutnya. Limbah infeksius yang tidak diolah dengan benar akan menjadi sumber polusi berbahaya dalam jangka panjang.
- Ancaman Akreditasi: Ketidakpatuhan terhadap standar pengelolaan limbah adalah temuan kritis yang dapat memengaruhi penilaian dalam proses akreditasi rumah sakit dan berdampak negatif pada operasional, alokasi dana, dan kepercayaan publik.

Isu ini memiliki keterkaitan yang erat dengan Manajemen ASN dan Smart ASN. Manajemen ASN adalah pengelolaan pegawai untuk menghasilkan ASN yang profesional, beretika, dan bebas dari praktik KKN. Isu ini mencerminkan kegagalan dalam manajemen SDM. Kekurangan tenaga kerja (hanya 7 dari 14) adalah akar struktural yang menciptakan beban kerja tidak proporsional. Beban kerja berlebih ini secara langsung mereduksi efisiensi dan menciptakan tekanan yang memicu kelalaian dan ketidakpatuhan. Oleh karena itu, solusi jangka panjang harus menyertakan perbaikan pada aspek manajemen SDM, termasuk evaluasi kebutuhan pegawai dan pemenuhan kuota yang ideal.

Smart ASN adalah konsep yang mengacu pada ASN yang memiliki integritas, profesionalisme, dan kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan melalui penguasaan teknologi. Gagasan aktualisasi

ini akan memposisikan peserta sebagai Smart ASN yang proaktif. Melalui pendekatan yang inovatif (misalnya, membuat media edukasi visual dan membuat sistem monitoring dengan google form) gagasan ini berupaya untuk menyelesaikan masalah yang kompleks.

B. Analisis Core Isu

Berdasarkan metode AKPL pada rancangan aktualisasi, maka isu yang akan diangkat adalah “ **Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di RSUD Sungai Rumbai**” selanjutnya penulis akan menganalisis faktor penyebab isu dengan teknik USG (*Urgency, Seriousness, Growth*) dengan skala penilaian 1 sampai 5.

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

Tabel 3.2
Analisis Penyebab Isu dengan Teknik USG

No	Penyebab Masalah	Kriteria			Score	Rank
		U	S	G		
1	Kurangnya kepatuhan petugas medis dalam memilah limbah medis dan petugas kebersihan dalam penggunaan APD	5	4	3	12	I

2	Kurangnya sosialisasi tentang pengelolaan limbah medis.	4	4	3	11	II
3	Kekurangan tenaga SDM (<i>cleaning service</i>)	4	3	3	10	III

Keterangan skala nilai :

Skor 5 : Sangat USG

Skor 4 : USG

Skor 3 : Cukup USG

Skor 2 : Kurang USG

Skor 1 : Tidak USG

Dari hasil analisis menggunakan metode USG tersebut maka dapat disimpulkan penyebab masalah utamanya kurangnya kepatuhan petugas medis dalam memilah limbah medis dan petugas kebersihan dalam penggunaan APD adalah dengan score 12. Penilaian ini didasarkan pada pertimbangan bahwa isu ini secara langsung berhubungan dengan keselamatan fisik petugas kebersihan dan potensi risiko kontaminasi, yang merupakan masalah paling mendesak dan serius untuk segera ditangani.

C. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu

Berdasarkan analisis penyebab masalah dengan menggunakan teknik USG, maka didapatkan penyebab isu dengan skor terbesar **“Kurangnya kepatuhan petugas medis dalam memilah limbah medis dan petugas kebersihan dalam penggunaan APD”** yang menjadi prioritas utama untuk dicarikan pemecahan masalahnya pada rancangan aktualisasi ini.

Gagasan kreatif yang akan dilakukan untuk menyelesaikan core isu tersebut adalah **“Peningkatan Kepatuhan Petugas dalam Pengelolaan Limbah Medis Berbasis SOP untuk Mewujudkan Lingkungan Kerja yang Aman di RSUD Sungai Rumbai”**. Untuk mewujudkan gagasan kreatif ini, kegiatan-kegiatan yang dilakukan pada masa habituasi adalah:

- 1) Melakukan konsultasi dengan Mentor terkait rencana pelaksanaan kegiatan
- 2) Melakukan koordinasi dengan petugas terkait untuk mendapatkan data dan informasi terkait pengelolaan limbah medis
- 3) Mengkaji, menganalisis dan melakukan perbaikan SOP yang sudah ada
- 4) Pembuatan dan Sosialisasi Media Edukasi tentang Pengelolaan Limbah Medis
- 5) Merancang Sistem Monitoring Sederhana Berbasis Digital (Google Form)
- 6) Pelaporan kepada mentor terkait hasil evaluasi rencana pelaksanaan kegiatan.

BAB IV

CAPAIAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

A. Matrik Jadwal Kegiatan Aktualisasi

Tabel 4.1
Jadwal Kegiatan Aktualisasi

No	Kegiatan	September			Oktober		
		II	III	IV	I	II	III
1.	Kegiatan ke-1 Pelaksanaan konsultasi dengan atasan (10-13 September 2025)						
2.	Kegiatan ke-2 Melakukan koordinasi dengan petugas terkait (14-16 September 2025)						
3.	Kegiatan ke-3 Menganalisis dan perbaikan SOP (17-23 September 2025)						
4.	Kegiatan ke-4 Pembuatan dan Sosialisasi Media Edukasi tentang Pengelolaan Limbah Medis (24 September – 6 Oktober 2025)						
5	Kegiatan ke-5 Merancang Sistem Monitoring Sederhana Berbasis Digital (Google Form) (7-9 Oktober)						
6	Kegiatan ke-6 Pelaporan dan evaluasi hasil rencana kegiatan kepada Mentor (10-17 Oktober)						

B. Matrik Pelaksanaan Aktualisasi

Unit Kerja	: UPT RSUD Sungai Rumbai
Identifikasi Isu	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai 2. Kurangnya Pemanfaatan Media Sosial sebagai Sarana Promosi dan Penyebaran Informasi Layanan Laboratorium di UPT RSUD Sungai Rumbai 3. Kurang Efektifnya Proses Penerbitan Surat Keterangan Bebas Narkoba (SKBN) akibat belum terdigitalisasinya alur data dari laboratorium ke SIMRS, menurunkan efisiensi pelayanan UPT RSUD Sungai Rumbai
Isu Yang Diangkat	: Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai
Gagasan Yang Diangkat	: Peningkatan Kepatuhan Petugas dalam Pengelolaan Limbah Medis Berbasis SOP untuk Mewujudkan Lingkungan Kerja yang Aman di RSUD Sungai Rumbai

Tabel 4.2
Matrik Pelaksanaan aktualisasi

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/ Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Kontribusi Terhadap Visi/Misi Organisasi	Pihak-Pihak Yang Terkait	Potensi Konflik Ya/Tidak	Solusi Jika Ada Konflik	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7			
1	Melakukan konsultasi dengan Mentor	1. Menyepakati jadwal konsultasi	1.Tersedia nya jadwal konsultasi dengan mentor.	Akuntabel: Saya telah datang tepat waktu sesuai jadwal yang telah disepakati.	Berkontribusi pada Misi ke-2, yaitu “Menciptakan	Mentor	Tidak	-	Dilakukan sebelum kegiatan inti

	terkait pelaksanaan kegiatan	dengan mentor		Harmonis: Saya telah menjaga adab dan sopan santun dalam berkomunikasi via Whatsapp. Adaptif: Saya telah berusaha mengatur jadwal konsultasi agar tidak mengganggu agenda atasan Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan mentor untuk menyetujui jadwal bersama	Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan Sumber Daya Manusia yang profesional".				
	2.Melakukan konsultasi terkait pelaksanaan aktualisasi dengan Mentor.	2.Tersedia nya catatan hasil konsultasi terkait pelaksanaan kegiatan	Akuntabel, Saya telah mencatat setiap masukan mentor sebagai bentuk pertanggungjawaban atas bimbingan yang diberikan	Tidak		-	Dilakukan sebelum kegiatan inti		

				<p>Kompeten, Saya telah menggunakan hasil konsultasi untuk meningkatkan kualitas rencana kegiatan saya</p> <p>Harmonis, Saya telah melakukan konsultasi dengan cara menghargai dan menghormati mentor.</p> <p>Loyal, Saya telah melaksanakan arahan mentor sebagai bentuk komitmen terhadap instansi dan tugas.</p> <p>Kolaboratif: Saya telah terbuka untuk menerima masukan dan bekerja sama dalam</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				menyempurnakan kegiatan aktualisasi.					
		3.Meminta persetujuan atasan untuk melaksanakan kegiatan.	3.Tersedia nya lembar persetujuan dari mentor	<p>Akuntabel: Saya telah bertanggung jawab atas kegiatan aktualisasi yang sudah disetujui</p> <p>Harmonis: Saya telah menjaga adab dan sopan santun dalam berkomunikasi dengan Mentor.</p> <p>Loyal: Saya telah menunjukkan komitmen terhadap tugas kegiatan aktualisasi atas izin yang telah diberikan</p> <p>Adaptif: Saya telah berusaha mengatur jadwal konsultasi berikutnya agar tidak</p>			Tidak	-	Dilakukan sebelum kegiatan inti

				mengganggu agenda atasan Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan mentor agar kegiatan yang telah disetujui terlaksana dengan baik					
2	Melakukan koordinasi dengan petugas terkait untuk mendapatkan data dan informasi terkait pengelolaan limbah medis	1. Menyusun draf surat permohonan izin/koordinasi	1. Tersedianya surat izin koordinasi dan foto dokumentasi dengan petugas	Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan surat permohonan disusun dengan sopan, jelas dan rapi agar memudahkan pihak terkait memahami isi dan memberikan lembar persetujuan Akuntabel: Saya telah bertanggung jawab menyusun surat	Berkontribusi pada Misi ke-2, yaitu “Menciptakan Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan Sumber Daya Manusia yang profesional”.	Ka. UPLRS, PPI	Tidak	-	Tahapan ini merupakan langkah awal dalam membangun komunikasi formal dengan pihak-pihak terkait

				<p>permohonan izin/koordinasi dengan jelas dan sesuai prosedur</p> <p>Kompeten Saya telah menunjukkan profesionalisme dengan menyusun surat yang jelas, ringkas, dan tidak ada kesalahan penulisan</p> <p>Harmonis: Saya telah menggunakan bahasa yang sopan dan santun dalam penyusunan surat, sehingga tetap menjaga hubungan baik dengan pihak yang dituju</p> <p>Loyal: Saya telah mematuhi aturan administrasi serta</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				menghormati mekanisme birokrasi yang berlaku di RSUD.					
		2. Mengajukan surat permohonan kepada pihak terkait	2. Tersedianya surat permohonan yang telah diterima atau disetujui oleh pihak terkait.	<p>Akuntabel: Saya telah memastikan surat yang diajukan sesuai prosedur dan dapat dipertanggungjawabkan</p> <p>Harmonis: Saya telah bersikap sopan dan menghargai waktu petugas saat mengajukan surat permohonan</p> <p>Kolaboratif: Saya telah mengajukan surat permohonan sebagai bagian dari upaya membangun kerja sama dan</p>			Tidak	-	Persetujuan surat menandakan kesiapan pihak terkait untuk berkoordinasi.

				koordinasi yang baik dengan petugas terkait					
		3. Melakukan komunikasi langsung dengan petugas mengenai rencana kegiatan saya	3. Tersedianya catatan hasil komunikasi (notulen) yang berisi informasi dan masukan dari petugas terkait	<p>Berorientasi Pelayanan: Saya telah berkomunikasi untuk mendapatkan masukan terbaik demi peningkatan kualitas layanan di instansi</p> <p>Akuntabel : Saya telah menyampaikan maksud dan tujuan kegiatan secara, jelas, dan terbuka</p> <p>Kompeten: Saya telah memanfaatkan pengalaman petugas terkait untuk meningkatkan pemahaman dan</p>			Tidak	-	Pendekatan persuasif, menjelaskan manfaat proyek secara personal, dan mengadopsi masukan mereka agar mereka merasa dilibatkan.

				<p>kualitas rencana saya</p> <p>Harmonis: Saya telah menjalin komunikasi yang baik, sopan, dan menghargai peran mereka.</p> <p>Kolaboratif : Saya telah membangun kerja sama yang dengan petugas agar kegiatan berjalan lancar.</p>					
3	Mengkaji, menganalisis dan ,melakukan perbaikan SOP yang sudah ada	1. Mengkaji dan Menganalisis SOP Lama	1. Tersedianya dokumen hasil analisis perbandingan SOP lama dengan standar akreditasi	<p>Berorientasi Pelayanan: Saya telah menganalisis SOP pengelolaan limbah dimana ini adalah wujud nyata dari pelayanan prima kepada seluruh pihak yang akan menjamin keselamatan dan</p>	Berkontribusi pada Misi ke-2, yaitu “Menciptakan Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan Sumber Daya	Direktur, Mentor, Ka. UPLRS	Tidak	-	-

				<p>kesehatan bagi semua</p> <p>Akuntabel: Saya telah bertanggung jawab penuh dalam menganalisis SOP secara objektif dan jujur</p> <p>Kompeten: Saya telah mengkaji setiap poin SOP dengan teliti untuk menemukan celah atau kekurangan yang perlu diperbaiki</p> <p>Harmonis: Saya telah berkomunikasi yang baik dengan berbagai pihak dalam melakukan kajian ini.</p> <p>Adaptif: Saya telah</p>	Manusia yang profesional”.				
--	--	--	--	---	----------------------------	--	--	--	--

				menganalisis SOP dengan mempertimbangkan kondisi dan ketersediaan sumber daya terbaru di RSUD Kolaboratif: Saya telah bekerjasama dengan tim lain dalam untuk mendapatkan masukan					
		2. Menyusun Draf SOP Baru	2. Tersedianya draf SOP pengelolaan limbah terbaru	Akuntabel: Saya telah menyusun draf yang bisa dipertanggungjawabkan secara profesional Kompeten: Saya telah menggunakan pengetahuan dan data yang sudah saya kumpulkan untuk menyusun			Ya	Diskusi dan persetujuan bersama	Dilakukan setelah koordinasi

				<p>draf SOP yang lebih efektif, efisien, dan sesuai dengan standar</p> <p>Loyal: Saya telah menunjukkan dedikasi saya untuk perbaikan sistem di instansi dengan menyusun draf yang dapat memberikan manfaat jangka panjang.</p> <p>Kolaboratif: Saya telah menyusun SOP dengan melibatkan masukan dari pihak terkait</p>					
		3.Mengajukan Draf SOP untuk Disahkan	3.Lembar persetujuan draf SOP baru dari pimpinan	<p>Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan draf SOP yang diajukan sudah</p>			Tidak	-	-

				<p>ringkas dan jelas agar pimpinan dapat meninjaunya dengan cepat</p> <p>Akuntabel: Saya telah memastikan draf SOP yang diajukan telah di review dan validasi serta didukung oleh data dan informasi yang akurat.</p> <p>Harmonis: Saya telah mengajukan draf SOP dengan sikap sopan dan menciptakan komunikasi yang positif.</p> <p>Loyal: Saya telah menunjukkan komitmen terhadap tugas yang saya jalankan</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan pihak terkait dalam proses penyusunan dan mereview draf SOP sebelum diajukan					
4	Pembuatan dan Sosialisasi Media Edukasi tentang Pengelolaan Limbah Medis	1. Menyusun dan mendesain media edukasi tentang pengelolaan limbah medis	1. Tersedianya draf media edukasi (leaflet/poster)	Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan media yang dibuat mudah dipahami sehingga informasi dapat tersampaikan dengan baik Akuntabel: Saya telah bertanggung jawab dalam mencari dan menggunakan data yang valid, akurat, dan	Berkontribusi pada Misi ke-1, yaitu "Menyelenggarakan pelayanan yang terpercaya"	Mentor, Petugas Kebersihan, PPI	Ya	Menghadapi sikap acuh dengan pendekatan persuasif dan penekanan aspek keselamatan kerja	Poster ditempel di area strategis

				<p>sesuai dengan standar yang berlaku.</p> <p>Kompeten: Saya telah memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan dalam membuat desain yang menarik dan mudah dipahami</p> <p>Harmonis: Saya telah menggunakan bahasa dan gambar yang santun, tidak menyinggung pihak manapun</p> <p>Adaptif: Saya telah memilih materi yang relevan dengan kondisi dan kebutuhan di RSUD Sungai Rumbai</p>					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

				Kolabotatif: Saya telah meminta masukan dari mentor atau rekan kerja terkait draf desain untuk mendapatkan perspektif yang lebih baik					
		2.Mencetak dan menggandakan media edukasi	2. Tersedianya media edukasi tercetak	Berorientasi Pelayanan: Saya telah berupaya agar media edukasi yang dicetak mudah dibaca, menarik, dan bermanfaat bagi seluruh pegawai RSUD Akuntabel: Saya telah bertanggung jawab terhadap penggunaan bahan dan biaya penggandaan media, memastikan proses dilakukan secara efisien	Berkontribusi pada Misi ke-1, yaitu "Menyelenggarakan pelayanan yang terpercaya".		Ya	Desain yang tidak menarik Melibatkan masukan dari rekan kerja atau mentor yang memiliki perspektif berbeda	-

				<p>dan sesuai kebutuhan</p> <p>Kompeten: Saya telah memastikan kualitas hasil cetak sesuai dengan desain yang telah disetujui</p> <p>Loyal: Saya telah menjaga amanah instansi dengan memprioritaskan hasil kerja yang efisien dan mendukung peningkatan kualitas lingkungan RSUD.</p> <p>Adaptif: Saya telah menyesuaikan jika terjadi kendala teknis dalam proses cetak</p> <p>Kolaboratif: Saya telah berkoordinasi dengan pihak percetakan dan</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				rekan kerja untuk memastikan hasil cetak sesuai dengan rencana dan tepat waktu.					
		3. Melakukan sosialisasi dan pemasangan media edukasi di area strategis RSUD.	3. Tersedianya dokumentasi kegiatan sosialisasi & pemasangan	Berorientasi Pelayanan: Saya telah memberikan penjelasan secara ramah dan jelas kepada audiens melalui poster tentang pemilahan limbah dan pemakaian APD untuk mendorong perubahan perilaku positif dalam pengelolaan limbah Akuntabel: Saya telah bertanggung jawab dalam memilih lokasi	Berkontribusi pada Misi ke-1, yaitu "Menyelenggarakan pelayanan yang terpercaya"		Ya	Keterbatasan anggaran atau kendala teknis percetakan. Mengoptimalkan desain untuk meminimalkan biaya cetak atau mencari alternatif media digital jika kendala berlanjut	-

				<p>yang tepat dan memastikan pemasangan dilakukan sesuai izin dan aturan yang berlaku</p> <p>Kompeten: Saya telah meningkatkan kemampuan komunikasi dan presentasi agar sosialisasi berjalan efektif dan peserta memahami pesan edukasi yang disampaikan</p> <p>Harmonis: Saya telah menjalin komunikasi yang baik dengan petugas dari berbagai unit agar pemasangan media dapat diterima dan tidak mengganggu</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>aktivitas kerja di area tersebut.</p> <p>Loyal: Saya telah mendukung penuh program pengelolaan limbah RSUD dengan sosialisasi pentingnya kepatuhan terhadap SOP limbah medis.</p> <p>Adaptif: Saya telah menyesuaikan cara penyampaian informasi dengan kondisi dan karakter audiens.</p> <p>Kolaboratif: Saya telah mengajak petugas terkait untuk ikut serta dalam sosialisasi singkat agar</p>						
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

				pesan yang disampaikan lebih kuat dan terpercaya					
5	Merancang Sistem Monitoring Sederhana Berbasis Digital (Google Form)	1.Mengidentifikasi indikator yang akan dimonitor	1.Terdapat nya daftar indikator yang relevan untuk dipantau	<p>Akuntabel: Saya telah memilih indikator yang dapat dipertanggungjawabkan</p> <p>Kompeten: Saya telah menentukan indikator sesuai standar dan kebutuhan.</p> <p>Adaptif: Saya telah merancang sistem monitoring agar fleksibel dan dapat disesuaikan perubahan kebutuhan</p> <p>Kolaboratif: Saya telah berdiskusi dengan petugas terkait untuk</p>	Berkontribusi pada Misi ke-2, yaitu "Menciptakan Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan Sumber Daya Manusia yang profesional".	Mentor, Petugas Medis, PPI	Ya	Indikator yang terlalu rumit sehingga sulit diukur solusinya Memilih indikator yang sederhana dan dapat diobservasi secara langsung, seperti "persentase kepatuhan pemilahan limbah."	-

				mendapatkan masukan tentang indikator yang paling mudah untuk dimonitor secara data.					
		2.Menyusun format/alat monitoring sederhana Berbasis Digital (Google Form)	2. Terdapatnya format monitoring sederhana (dalam bentuk <i>checklist</i> atau <i>Spreadsheet</i>))	Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan formulir monitoring dibuat sesederhana mungkin agar mudah digunakan oleh petugas di lapangan. Kompeten: Saya telah merancang instrumen monitoring yang sistematis dan efektif dalam pengumpulan data. Adaptif: Saya telah menyesuaikan instrumen	Berkontribusi pada Misi ke-2, yaitu "Menciptakan Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan Sumber Daya Manusia yang profesional".		Tidak	-	-

				monitoring dengan format yang paling sesuai dan mudah diterapkan di RSUD.					
		3.Mengajukan draf sistem monitoring kepada mentor untuk mendapatkan persetujuan	3. Terdapatnya persetujuan dari mentor	Berorientasi pelayanan: Saya telah mengajukan draf sistem monitoring dengan tujuan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan kegiatan, sehingga memberikan manfaat yang optimal Akuntabel Saya telah memastikan draf yang diajukan dapat	Berkontribusi pada Misi ke-2, yaitu "Menciptakan Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan		Tidak	-	-

				<p>dipertanggungjawabkan</p> <p>Harmonis: Saya telah mengajukan draf dengan sikap sopan dan terbuka terhadap masukan dari mentor</p> <p>Loyal: Saya telah menunjukkan komitmen terhadap tugas dengan menyelesaikan tahapan ini hingga mendapatkan persetujuan</p> <p>Kolaboratif: Saya telah membuka ruang diskusi untuk mendapatkan masukan dari mentor</p>	<p>Sumber Daya Manusia yang profesional".</p>				
6	Pelaporan kepada	1. Menyusun hasil evaluasi	1. Tersediany	Akuntabel: Saya telah menyusun	Berkontribusi pada Misi ke-	Mentor	Tidak	-	-

	mentor terkait hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan	pelaksanaan kegiatan	a laporan evaluasi yang terstruktur	laporan yang jujur dan dapat dipertanggungjawabkan Kompeten: Saya telah menyusun laporan berdasarkan data dan hasil evaluasi yang objektif	2, yaitu "Menciptakan Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan Sumber Daya Manusia yang profesional				
		2. Menyampaikan laporan evaluasi kepada mentor	2. Tersampaikan laporan evaluasi secara resmi kepada mentor	Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan laporan disampaikan secara ringkas dan jelas agar mentor dapat meninjau dengan mudah Akuntabel: Saya telah menyampaikan laporan dengan transparan	Berkontribusi pada Misi ke-2, yaitu "Menciptakan Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan Sumber Daya Manusia yang profesional".		Tidak	-	-

				<p>Harmonis: Saya telah menyampaikan laporan evaluasi dengan bahasa yang sopan dan profesional, serta menghargai masukan dan saran dari mentor</p> <p>Loyal: Saya telah menunjukkan dedikasi terhadap tugas dengan memastikan laporan disusun sesuai dengan arahan dan tujuan instansi</p> <p>Kolaboratif: Saya telah berdiskusi secara aktif dengan mentor untuk mendapatkan arahan yang lebih baik dan laporan evaluasi dapat</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				dimanfaatkan untuk perbaikan bersama.					
		3. Memperbaiki laporan sesuai arahan mentor	3. Tersedianya laporan hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan yang telah disetujui oleh mentor	<p>Akuntabel: Saya telah bertanggung jawab melakukan revisi sesuai catatan mentor</p> <p>Kompeten: Saya telah menggunakan kemampuan saya untuk memperbaiki laporan agar menjadi dokumen yang berkualitas</p> <p>Adaptif: Saya telah menyesuaikan laporan saya berdasarkan masukan dari mentor agar hasilnya lebih baik.</p>	Berkontribusi pada Misi ke-2, yaitu "Menciptakan Sistem Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik, Transparan dan Akuntabel dengan Sumber Daya Manusia yang profesional".		Tidak	-	-

				Kolaboratif: Membahas hasil evaluasi dengan mentor dan pihak terkait lainnya untuk mendapatkan masukan dan dukungan dalam perbaikan pelaksanaan kegiatan						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. Matrik Rekapitulasi Realisasi Habituasi NND PNS (BerAKHLAK)

Tabel 4.3
Matrik Rekapitulasi Realisasi Habituasi

		Kegiatan												Jumlah Aktualisasi	
		Ke-1		Ke-2		Ke-3		Ke-4		Ke-5		Ke-6		Rencana	Realisasi
		Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi		
1.	Berorientasi Pelayanan	0	0	2	2	2	2	3	3	2	2	1	1	10	10
2.	Akuntabel	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	17	17
3.	Kompeten	1	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	12	12
4.	Harmonis	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	12	12
5.	Loyal	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	9	9
6.	Adaptif	2	2	0	0	1	1	3	3	2	2	1	1	9	9
7.	Kolaboratif	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	15	15
Jumlah MP yang Diaktualisasikan per Kegiatan		6	6	6	6	7	7	7	7	6	6	7	7	84	84

D. Capaian Penyelesaian Core Isu

Tabel 4.4

Capaian Core Isu

Kondisi Core Isu	
Sebelum Aktualisasi	Sesudah Aktualisasi
Petugas medis masih belum konsisten memilah limbah dan Limbah Infeksius dan non infeksius masih sering tercampur. Berdasarkan data triwulan sebelumnya, tingkat kepatuhan pemilahan limbah infeksius hanya mencapai 78,5%.	Hasil monitoring menunjukkan adanya peningkatan petugas lebih disiplin memilah limbah sesuai kategori infeksius dan non infeksius. Hasil monitoring selama 3 hari (7-9 Oktober) menunjukkan bahwa terjadi peningkatan signifikan dalam kepatuhan pemilahan limbah medis, khususnya pada kategori limbah noninfeksius dan limbah tajam yang mencapai kategori Baik ($\geq 80\%$). Kepatuhan pada limbah infeksius mengalami peningkatan, namun masih berada pada kategori Sedang (77,8%) sehingga memerlukan pembinaan lanjutan
SOP pengelolaan limbah sudah tersedia, namun belum direvisi sesuai kebijakan terbaru	SOP pengelolaan limbah medis telah diperbaiki sesuai standar akreditasi dan kebijakan terbaru
Petugas kebersihan kurang disiplin menggunakan APD saat mengangkut limbah	Edukasi melalui poster meningkatkan pemahaman petugas mengenai kewajiban penggunaan APD. Hasil monitoring selama 3 hari menunjukkan penggunaan masker

	meningkat dari 50% menjadi 100%. Penggunaan sarung tangan masih fluktuatif (33,3-66,7%), namun menunjukkan adanya kesadaran yang mulai tumbuh di lapangan.
--	--

E. Manfaat terselesaikannya Core Isu

1) Manfaat Bagi Individu Peserta

Sebagai Epidemiolog Kesehatan Terampil, keberhasilan proyek ini memperkuat posisi profesional peserta. Peserta berhasil mentransformasi teori epidemiologi, yang berfokus pada pencegahan infeksi dan pengendalian penyakit, menjadi kebijakan operasional yang konkret di rumah sakit (Manajemen Limbah B3). Hal ini menegaskan peran krusial Epidemiolog sebagai detektor dini risiko dan penyedia informasi berbasis data untuk pengambilan keputusan kesehatan. Selain itu, dengan merancang solusi sistemik dan memanfaatkan teknologi untuk monitoring (Google Form), peserta telah menunjukkan kapabilitas sebagai Smart ASN yang Adaptif dan Kompeten dalam meningkatkan efisiensi pelayanan, melampaui tugas administratif sehari-hari.

2) Manfaat Bagi Instansi

Bagi instansi, manfaat utama adalah mitigasi risiko institusional dan penguatan tata kelola. Peningkatan kepatuhan dalam pemilahan limbah menjamin pemenuhan standar regulasi nasional, khususnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Limbah

Medis dan Peraturan Menteri LHK Nomor 6 Tahun 2021 tentang Tata Cara Pengelolaan Limbah B3.

Manfaat paling signifikan adalah perlindungan terhadap status akreditasi. Dengan memperbaiki temuan kritis pada pengelolaan limbah, RSUD Sungai Rumbai mengurangi risiko kegagalan akreditasi, sehingga mempertahankan status utama yang telah dimiliki. Hal ini secara langsung mendukung Misi RSUD untuk menyediakan layanan yang bermutu. Lebih dari itu, akurasi pemilahan limbah menghasilkan efisiensi anggaran operasional. Limbah infeksius (B3) memiliki biaya pemusnahan yang jauh lebih tinggi dibandingkan limbah non-medis. Dengan berkurangnya kontaminasi limbah non-medis ke dalam kategori infeksius, volume limbah B3 yang harus dimusnahkan berkurang, menghasilkan penghematan biaya yang substantif bagi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD.

3) Manfaat Bagi Stakeholders

Manfaat yang dirasakan oleh *stakeholders* adalah dampak langsung dari peningkatan keselamatan dan kesehatan. Peningkatan kepatuhan penggunaan APD merupakan bentuk nyata dari perlindungan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS). Hal ini secara drastis mengurangi potensi *exposure* petugas kebersihan terhadap cairan tubuh, darah, atau limbah tajam, menurunkan risiko kecelakaan kerja dan penularan penyakit.

Pemilahan limbah yang ketat juga berfungsi memutus rantai penularan infeksi di lingkungan RSUD, yang pada gilirannya meningkatkan

keselamatan pasien dan staf klinis lainnya. Ini adalah implementasi nilai Harmonis dalam lingkungan kerja. Akhirnya, kepatuhan pengelolaan limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) menjamin RSUD beroperasi secara bertanggung jawab terhadap lingkungan sekitar, sejalan dengan visi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya untuk pengelolaan lingkungan berkelanjutan.

F. Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi

No	Kegiatan	Output	Durasi dan Waktu	Parapihak Terlibat	Sumber Biaya	Keterangan
1	Melanjutkan Monitoring Rutin Berbasis Sistem digital Sederhana (Google Form)	Laporan monitoring bulanan	Berkelanjutan	Tim PPI (IPCN/IPCLN), UPLRS	-	Keberlanjutan monitoring
2	Pembinaan lanjutan tentang penggunaan APD dan pemilahan limbah	Laporan pembinaan	Setiap Triwulan	Tim PPI (IPCN/IPCLN), petugas kebersihan, staf klinis	-	Meningkatkan kedisiplinan
2	Pelaksanaan Audit Kepatuhan Limbah Bulanan	Laporan audit bulanan yang dilaporkan ke Komite Mutu	3 Bulan	Tim mutu, Tim PPI	-	Keberlanjutan monitoring
3	Menjamin ketersediaan fasilitas	Menyediakan sarana pendukung	Bulanan	UPLRS, Manajemen RS	Internal RSUD	Mencegah kekosongan APD dan

	limbah dan APD	yang memadai				mendorong penggunaan sesuai SOP
4	Evaluasi & revisi SOP bila ada regulasi baru	Dokumen SOP terbaru	Bila ada perubahan regulasi	Tim mutu, UPLRS, manajemen RSUD	-	Menyesuaikan standar akreditasi

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

1. Aktualisasi/ Habitiasi Mata Pelatihan

- a) Melakukan konsultasi dengan Mentor terkait rencana pelaksanaan kegiatan. Nilai-nilai BerAkhlak yang terdapat pada kegiatan ini adalah Akuntabel, Harmonis, Kolaboratif (Datang tepat waktu, menjaga adab, bekerja sama dalam menyetujui rencana)
- b) Melakukan koordinasi dengan petugas terkait untuk mendapatkan data dan informasi terkait pengelolaan limbah medis. Nilai-nilai BerAkhlak yang terdapat pada kegiatan ini adalah Kolaboratif, Akuntabel, Harmonis (Membangun kerja sama tim, bertanggung jawab atas surat permohonan, bersikap sopan).
- c) Mengkaji, menganalisis dan melakukan perbaikan SOP yang sudah ada. Nilai-nilai BerAkhlak yang terdapat pada kegiatan ini adalah Kompeten, Akuntabel, Kolaboratif (Mengkaji SOP dengan teliti dan objektif, bekerjasama dengan tim lain untuk masukan)
- d) Menyusun media edukasi seperti leaflet/poster. Nilai-nilai BerAkhlak yang terdapat pada kegiatan ini adalah Berorientasi Pelayanan, Kompeten, Adaptif (Membuat media yang mudah dipahami, memanfaatkan kemampuan mendesain, menyesuaikan materi)

- e) Melakukan sosialisasi singkat dan pemasangan media edukasi. Nilai-nilai BerAkhlak yang terdapat pada kegiatan ini adalah Harmonis, Berorientasi Pelayanan, Adaptif (Membangun interaksi positif, memilih lokasi strategis, menyesuaikan cara penyampaian dengan audiens)
- f) Merancang Sistem Monitoring Sederhana. Nilai-nilai BerAkhlak yang terdapat pada kegiatan ini adalah Akuntabel, Kompeten, Berorientasi Pelayanan (Memilih indikator yang dipertanggungjawabkan, merancang instrumen sistematis, format mudah digunakan)
- g) Pelaporan kepada mentor terkait hasil evaluasi rencana pelaksanaan kegiatan. Nilai-nilai BerAkhlak yang terdapat pada kegiatan ini adalah Akuntabel, Kompeten, Loyal (Menyusun laporan yang jujur, berdasarkan data objektif, menunjukkan dedikasi terhadap tugas) .

2. Gagasan Kreatif Penyelesaian Isu

Gagasan kreatif yang diimplementasikan untuk mengatasi inkonsistensi pengelolaan limbah medis dan risiko keselamatan kerja adalah **“Peningkatan Kepatuhan Petugas dalam Pengelolaan Limbah Medis Berbasis SOP untuk Mewujudkan Lingkungan Kerja yang Aman di RSUD Sungai Rumbai”**. Ide ini diwujudkan melalui tiga pilar strategi utama yang berimbang antara perbaikan sistem dan perubahan perilaku. Pertama, dilakukan penguatan sistem melalui kajian dan revisi Standar Operasional Prosedur (SOP) pengelolaan limbah agar

sesuai dengan standar Akreditasi dan regulasi Limbah B3 terbaru. Kedua, peningkatan kesadaran didukung oleh penyusunan media edukasi visual sederhana. Yang paling inovatif adalah pilar ketiga, yaitu perancangan sistem monitoring. Pengawasan kepatuhan yang sebelumnya dilakukan secara manual menggunakan kertas (*checklist* fisik) diubah menjadi sistem monitoring sederhana berbasis digital menggunakan Google Form. Perubahan ini dirancang untuk mewujudkan peran *Smart ASN* dengan meningkatkan efektivitas pengumpulan data yang akuntabel, serta memungkinkan pemberian umpan balik cepat (*quick feedback*) kepada petugas di lapangan.

3. Capaian Hasil Penyelesaian Core Isu

Setelah dilaksanakan kegiatan aktualisasi, penyelesaian isu inti yang berfokus inkonsistensi dalam pengelolaan limbah medis di rumah sakit kini sudah membaik dan menjadi lebih teratur. Pengelolaan limbah medis sudah sesuai dengan standar, kesalahan pemilahan berkurang, penggunaan APD meningkat. UPLRS turut berperan aktif dalam menjaga kebersihan lingkungan, memperbaiki tata letak sarana limbah, serta memastikan proses pengangkutan dan penyimpanan limbah sesuai standar

Perbaikan ini dimulai dari sisi aturan, dimana kami berhasil merevisi dan mengesahkan Standar Operasional Prosedur (SOP) limbah medis, bekerja sama dengan Unit Pengelola Limbah Rumah Sakit (UPLRS), agar aturan ini sesuai dengan standar Akreditasi terbaru. Inovasi krusial yang mendukung capaian ini adalah digitalisasi proses monitoring kepatuhan.

Pengawasan yang sebelumnya menggunakan *checklist* kertas, kini dialihkan menggunakan Google Form untuk memastikan pengumpulan data yang lebih akuntabel dan efisien, sejalan dengan peran *Smart ASN*.

Hasil monitoring aktualisasi yang dicatat melalui sistem digital (periode 07 s.d. 09 Oktober 2025) menunjukkan peningkatan perilaku patuh yang signifikan. Kepatuhan pemilahan limbah infeksius meningkat dari 66,7% menjadi 83,3%, menunjukkan adanya perbaikan perilaku petugas setelah diberikan umpan balik langsung. Kepatuhan penggunaan masker meningkat dari 50% menjadi 100%, sementara penggunaan sarung tangan masih fluktuatif (33,3–66,7%) dan memerlukan pembinaan lanjutan. Kepatuhan pengelolaan limbah tajam, penggunaan APD lain (apron/boot) mencapai 100% dan konsisten baik setiap hari. Capaian kolektif ini secara nyata memitigasi risiko epidemiologis, mendukung keselamatan kerja (K3RS), dan memperkuat kesiapan RSUD Sungai Rumbai dalam mempertahankan status Akreditasi Utama. Selain itu, hasil ini juga dapat menjadi bahan masukan bagi tim PPI rumah sakit untuk melakukan pembinaan dan pengawasan lanjutan secara terstruktur

Secara keseluruhan, kegiatan ini berhasil meningkatkan disiplin kerja, kesadaran akan keselamatan, dan kolaborasi antarunit, sehingga tercipta budaya kerja bersih dan aman sebagai wujud penerapan nilai BerAKHLAK dan komitmen terhadap mutu pelayanan rumah sakit.

B. REKOMENDASI

1. Untuk Penyelenggara Pelatihan

Bagi penyelenggara pelatihan, diharapkan agar kegiatan aktualisasi seperti ini terus difasilitasi dan dibimbing secara berkelanjutan. Pembimbing dan coach memiliki peran penting dalam memastikan bahwa hasil aktualisasi peserta tidak hanya berhenti pada laporan, tetapi benar-benar dapat diimplementasikan di instansi masing-masing. Selain itu, dukungan dalam bentuk pelatihan lanjutan mengenai penerapan nilai-nilai dasar ASN, khususnya dalam bidang inovasi pelayanan publik dan digitalisasi sistem kerja, sangat diperlukan agar peserta mampu menjadi ASN yang adaptif dan produktif.

2. Untuk Instansi Asal Peserta (UPT RSUD Sungai Rumbai.

Untuk UPT RSUD Sungai Rumbai, hasil kegiatan ini diharapkan dapat menjadi masukan penting dalam memperkuat sistem pengelolaan limbah medis yang aman, efektif, dan sesuai standar akreditasi rumah sakit. Berdasarkan hasil monitoring, terlihat adanya peningkatan kepatuhan petugas dalam memilah limbah dan penggunaan APD, meskipun masih diperlukan pembinaan berkelanjutan terutama dalam aspek kedisiplinan penggunaan sarung tangan serta pemerataan fasilitas limbah di setiap unit pelayanan.

Penerapan sistem monitoring digital berbasis Google Form yang dikembangkan selama kegiatan aktualisasi dapat dijadikan dasar pengembangan sistem pelaporan mutu internal yang lebih efisien,

transparan, dan mudah diakses. Selain itu, Komite Mutu, Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), serta Unit Pengelola Limbah Rumah Sakit (UPLRS) diharapkan dapat memperkuat koordinasi dalam pelaksanaan pembinaan dan audit kepatuhan secara berkala. Kegiatan pelatihan atau sosialisasi rutin bagi petugas kebersihan dan staf klinis juga penting dilakukan guna menyamakan pemahaman terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dan target Indikator Nasional Mutu (INM).

Dengan penguatan koordinasi lintas unit dan penerapan sistem pemantauan yang berkelanjutan, diharapkan pengelolaan limbah medis di RSUD Sungai Rumbai dapat berjalan lebih sistematis, aman, serta berkontribusi pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara BAB IV Pasal 12: Fungsi, Tugas dan Peran ASN.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah.
3. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Dan Kehutanan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2021 Tentang Tata Cara Dan Persyaratan Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya Dan Beracun
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

LAMPIRAN

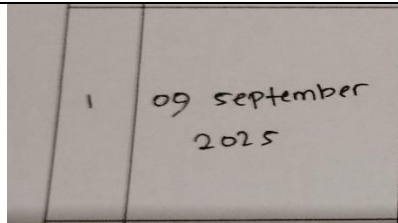
Lampiran 1. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-1.

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Unit Kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil
Isu Kegiatan : Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai

A. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

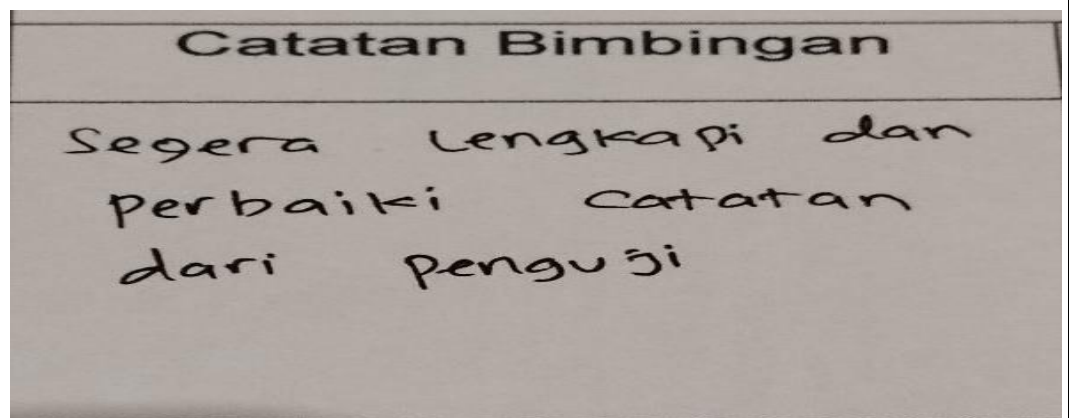
Judul Kegiatan 1	Melakukan konsultasi dengan Mentor terkait rencana pelaksanaan kegiatan
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	09-13 september 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya jadwal konsultasi dengan mentor 2. Tersedianya catatan hasil konsultasi terkait rencana pelaksanaan kegiatan 3. Tersedianya lembar persetujuan dari mentor
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan A. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi 1. Menyepakati jadwal konsultasi dengan mentor: a) Akuntabel: Saya telah datang tepat waktu sesuai jadwal yang telah disepakati. b) Harmonis: Saya telah menjaga adab dan sopan santun dalam berkomunikasi via Whatsapp.	

- c) **Adaptif:** Saya telah berusaha mengatur jadwal konsultasi agar tidak mengganggu agenda atasan
 - d) **Kolaboratif:** Saya telah bekerja sama dengan mentor untuk menyetujui jadwal bersama
2. Melakukan konsultasi terkait rancangan aktualisasi dengan mentor:
- a) **Akuntabel,** Saya telah mencatat setiap masukan mentor sebagai bentuk pertanggungjawaban atas bimbingan yang diberikan
 - b) **Kompeten,** Saya telah menggunakan hasil konsultasi untuk meningkatkan kualitas rencana kegiatan saya
 - c) **Harmonis,** Saya telah melakukan konsultasi dengan cara menghargai dan menghormati mentor.
 - d) **Loyal,** Saya telah melaksanakan arahan mentor sebagai bentuk komitmen
 - e) **Kolaboratif:** Saya telah terbuka untuk menerima masukan dan bekerja sama dalam menyempurnakan rancangan.
3. Melakukan konsultasi terkait rancangan aktualisasi dengan Mentor :
- a) **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab atas rancangan yang sudah disetujui
 - b) **Harmonis:** Saya telah menjaga adab dan sopan santun dalam berkomunikasi dengan Mentor.
 - c) **Loyal:** Saya telah menunjukkan komitmen terhadap tugas rancangan aktualisasi atas izin yang telah diberikan
 - d) **Adaptif:** Saya telah berusaha mengatur jadwal konsultasi berikutnya agar tidak mengganggu agenda atasan
 - e) **Kolaboratif:** Saya telah bekerja sama dengan mentor agar rancangan yang telah disetujui terlaksana dengan baik
- A. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/ evidence**
- 1. Menyepakati jadwal konsultasi dengan mentor



Tersedianya catatan jadwal konsultasi dengan mentor

2. Melakukan konsultasi terkait rancangan aktualisasi dengan mentor.



Tersedianya catatan hasil konsultasi terkait rencana pelaksanaan kegiatan

3. Meminta persetujuan atasan untuk melaksanakan kegiatan aktualisasi.



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 Iskandar, 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	Ivanti 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	Emi 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 (B2SE), 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	Na. Silfia Anggraini, S.Kep NIP. 19901001 202505 2 001	Penyusunan Standar Operasional Prosedur Perawatan Alat Medis Kamar operasi dalam Rangka Tertib Pelaksanaan 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	Na. Widiastri Wahyuningtyas, S.Kep NIP. 19941116 202505 2 002	Efektivitas Pemeliharaan Sarana dan Prasarana menggunakan QR Code di Ruang Operasi UPT RSUD Sungai Rumbai Kabupaten Dharmasraya
12	Irawati Purba, 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 Kegawatdaruratan dengan Metode EVWS (Early Warning System) Terintegrasi Rekam Medis 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 (B2SE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Tersedianya lembar persetujuan dari mentor

B. 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 dengan mentor:

- 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. 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.

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

Kegiatan konsultasi ini berkontribusi dalam mewujudkan Visi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya, yaitu “Dharmasraya Sejahtera Merata.” Hal ini sejalan dengan misi pemerintah daerah, terutama dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan, dengan akses yang lebih luas serta layanan berkualitas bagi masyarakat.

1. Peningkatan Kualitas Layanan: Melalui konsultasi, rancangan kegiatan aktualisasi disempurnakan sehingga hasilnya dapat meningkatkan mutu layanan, sejalan dengan misi peningkatan kualitas kesehatan.

2. Pembangunan Infrastruktur: Kegiatan ini membantu memastikan bahwa pelaksanaan aktualisasi memiliki dasar yang kuat, mendukung reformasi tata kelola pemerintahan melalui birokrasi yang transparan, dan pada akhirnya menopang kesejahteraan warga.
3. Reformasi Tata Kelola Pemerintahan: Proses konsultasi yang transparan dan akuntabel mencerminkan reformasi tata kelola pemerintahan yang baik.

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

Jika kegiatan konsultasi dengan mentor tidak dilakukan dengan menerapkan nilai-nilai dasar ASN yang ber-Akhlak, maka prosesnya berpotensi hanya menjadi formalitas tanpa arah yang jelas

1. Dampak bagi Satuan Kerja: Koordinasi akan menjadi tidak efektif, mutu rancangan aktualisasi menurun, dan pencapaian tujuan organisasi tidak akan optimal.
2. Dampak bagi Masyarakat: Layanan yang dihasilkan berisiko tidak maksimal, kepercayaan publik terhadap ASN menurun, dan inovasi yang seharusnya bermanfaat tidak memberikan perbaikan nyata.
3. Dampak terhadap Hubungan Kerja: Komunikasi yang buruk dapat terjalin dengan mentor sehingga peserta tidak mendapatkan arahan yang jelas dalam pelaksanaan kegiatan.

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Mentor

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai		
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai		
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Paraf Mentor
1	09 September 2025 Jam 15.00 WIB	Segera lengkapi dan perbaiki catatan dari penguji	Judul sudah diubah dan data sudah ditambahkan	

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Couch

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai			
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai			
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Media Komunikasi	Paraf Couch

Lampiran 2. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-2

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Unit Kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil
Isu Kegiatan : Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai

A. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 2	Melakukan koordinasi dengan petugas terkait untuk mendapatkan data dan informasi terkait pengelolaan limbah medis
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	14-16 september 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya surat izin koordinasi 2. Tersedianya surat permohonan yang telah diterima atau disetujui oleh pihak terkait 3. Tersedianya catatan hasil komunikasi (notulen) yang berisi informasi dan masukan dari petugas terkait
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
B. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	
1. Menyusun draf surat permohonan izin/koordinasi: a) Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan surat permohonan disusun dengan sopan, jelas dan rapi agar memudahkan pihak terkait memahami isi dan memberikan lembar persetujuan	

- b) **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab menyusun surat permohonan izin/koordinasi dengan jelas dan sesuai prosedur
 - c) **Kompeten** Saya telah menunjukkan profesionalisme dengan menyusun surat yang jelas, ringkas, dan tidak ada kesalahan penulisan
 - d) **Harmonis:** Saya telah menggunakan bahasa yang sopan dan santun dalam penyusunan surat, sehingga tetap menjaga hubungan baik dengan pihak yang dituju
 - e) **Loyal:** Saya telah mematuhi aturan administrasi serta menghormati mekanisme birokrasi yang berlaku di RSUD
2. Mengajukan surat permohonan kepada pihak terkait:
- a) **Akuntabel:** Saya telah memastikan surat yang diajukan sesuai prosedur dan dapat dipertanggungjawabkan
 - b) **Harmonis:** Saya telah bersikap sopan dan menghargai waktu petugas saat mengajukan surat permohonan
 - c) **Kolaboratif:** Saya telah mengajukan surat permohonan sebagai bagian dari upaya membangun kerja sama dan koordinasi yang baik dengan petugas terkait
3. Melakukan komunikasi langsung dengan petugas mengenai rencana kegiatan saya :
- a) **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah berkomunikasi untuk mendapatkan masukan terbaik demi peningkatan kualitas layanan di instansi
 - b) **Akuntabel :** Saya telah menyampaikan maksud dan tujuan kegiatan secara, jelas, dan terbuka
 - c) **Kompeten:** Saya telah memanfaatkan pengalaman petugas terkait untuk meningkatkan pemahaman dan kualitas rencana saya
 - d) **Harmonis:** Saya telah menjalin komunikasi yang baik, sopan, dan menghargai peran mereka.
 - e) **Kolaboratif :** Saya telah membangun kerja sama yang dengan petugas agar kegiatan berjalan lancar

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

1. Menyusun draf surat permohonan izin/koordinasi

Perihal : Permohonan Izin/Koordinasi

Kepada Yth,
Petugas UPLRS
UPT RSUD Sungai Rumbai
di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lusi Wulandari, A.Md.Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Jabatan : Epidemiologi Kesehatan Terampil

Dengan ini memohon izin sekaligus melakukan koordinasi terkait pelaksanaan kegiatan: **Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis Berdasarkan Standar Akreditasi untuk Keselamatan Lingkungan Kerja di UPT RSUD Sungai Rumbai.**

Tujuan kegiatan ini adalah untuk memperoleh informasi, kendala, serta masukan dari Bapak/Ibu sebagai bahan evaluasi dan perbaikan pengelolaan limbah medis agar sesuai standar akreditasi dan mendukung keselamatan lingkungan kerja.

Demikian surat permohonan ini saya sampaikan. Atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Sungai Rumbai, 14 September 2025

Mengenalui,
Ka.UPLRS

Homat Saya,

Waldrahman, A.Md. KI
NIP. 19921105 202012 1 005

Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP. 19901128 202505 2 001



Tersedianya surat izin koordinasi dan foto dokumentasi dengan petugas

2. Mengajukan surat permohonan kepada pihak terkait

Perihal : Permohonan Izin/Koordinasi

Kepada Yth,
Petugas UPLRS
UPT RSUD Sungai Rumbai
di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lusi Wulandari, A.Md.Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Jabatan : Epidemiologi Kesehatan Terampil

Dengan ini memohon izin sekaligus melakukan koordinasi terkait pelaksanaan kegiatan **Evaluasi Pengelolaan Limbah Medis Berdasarkan Standar Akreditasi untuk Keselamatan Lingkungan Kerja di UPT RSUD Sungai Rumbai.**

Tujuan kegiatan ini adalah untuk memperoleh informasi, kendala, serta masukan dari Bapak/Ibu sebagai bahan evaluasi dan perbaikan pengelolaan limbah medis agar sesuai standar akreditasi dan mendukung keselamatan lingkungan kerja.

Demikian surat permohonan ini saya sampaikan. Atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Sungai Rumbai, 14 September 2025

Mengenalui,
Ka.UPLRS

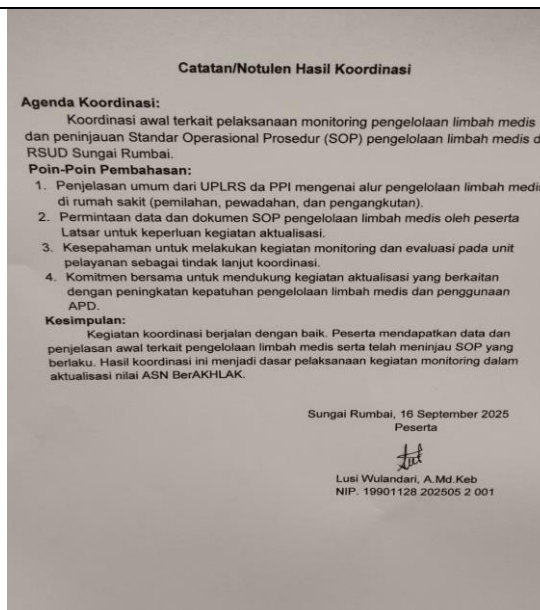
Homat Saya,

Waldrahman, A.Md. KI
NIP. 19921105 202012 1 005

Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP. 19901128 202505 2 001

Tersedianya surat permohonan yang telah diterima atau disetujui oleh pihak terkait

3. Melakukan komunikasi langsung dengan petugas mengenai rencana kegiatan saya.



Tersedianya catatan hasil komunikasi (notulen) yang berisi informasi dan masukan dari petugas terkait

D. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Menyusun Draf Surat Permohonan Izin/Koordinasi

- a) **Proses:** Peserta mengidentifikasi kebutuhan izin atau koordinasi, mengumpulkan informasi yang diperlukan, dan menyusun draf surat dengan bahasa formal, jelas, dan sesuai dengan standar administrasi yang berlaku. Proses ini memastikan bahwa setiap detail kegiatan yang tercantum dalam surat adalah akurat dan relevan.
- b) **Kualitas Produk:** Kualitas produk di sini adalah draf surat yang lengkap, akurat, dan profesional. Surat yang disusun dengan baik akan mempercepat proses persetujuan dan menunjukkan keseriusan serta profesionalisme dalam melaksanakan kegiatan aktualisasi.

2. Mengajukan Surat Permohonan Kepada Pihak Terkait

- a) **Proses:** Peserta mengajukan surat permohonan melalui saluran yang telah ditentukan, baik secara langsung maupun melalui jalur administrasi formal. Proses ini mencakup memastikan surat tersebut diterima dengan baik oleh pihak terkait dan mendapatkan tanda terima yang diperlukan sebagai bukti.

- b) Kualitas Produk: Produk akhir dari tahapan ini adalah surat permohonan yang telah diterima atau disetujui secara resmi oleh pihak terkait. Ini merupakan validasi bahwa kegiatan yang diusulkan telah mendapatkan perhatian dan persetujuan dari pihak yang berwenang, menjadikannya fondasi yang kuat untuk implementasi.

3. Melakukan Komunikasi Langsung dengan Petugas Mengenai Rencana Kegiatan

- a) Proses: Peserta berinteraksi secara tatap muka atau melalui media komunikasi langsung dengan petugas yang berwenang. Diskusi ini bertujuan untuk menjelaskan detail kegiatan dan menerima masukan. Peserta mencatat setiap poin penting, saran, dan arahan yang diberikan oleh petugas.
- b) Kualitas Produk: Kualitas produknya adalah catatan hasil komunikasi yang terperinci dan akurat (notulen). Notulen ini berisi rangkuman diskusi, masukan, dan keputusan yang dibuat, berfungsi sebagai panduan untuk perbaikan dan pelaksanaan kegiatan.

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

Kegiatan koordinasi dan perizinan ini, meskipun bersifat administratif, memiliki dampak besar terhadap tujuan strategis organisasi. Proses ini merupakan bagian integral dari tata kelola pemerintahan yang baik. Kegiatan ini secara langsung berkontribusi pada pencapaian Visi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya, yaitu “Dharmasraya Sejahtera Merata,” yang sejalan dengan misi pemerintah daerah, terutama dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan.

- a) Peningkatan Kualitas Layanan: Dengan memastikan izin dan koordinasi yang tepat, pelaksanaan kegiatan aktualisasi dapat berjalan tanpa hambatan. Hal ini pada gilirannya akan meningkatkan mutu layanan yang dihasilkan, sejalan dengan misi organisasi untuk meningkatkan kualitas kesehatan.
- b) Reformasi Tata Kelola Pemerintahan: Proses penyusunan surat dan komunikasi yang transparan serta akuntabel mencerminkan praktik

reformasi tata kelola pemerintahan yang baik. Ini menunjukkan bahwa setiap tindakan ASN, sekecil apa pun, berkontribusi pada pencapaian tujuan strategis nasional.

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

Kegagalan dalam menerapkan nilai-nilai dasar ASN (Ber-AKHLAK) dalam kegiatan ini dapat menimbulkan konsekuensi negatif yang signifikan. Jika proses ini hanya dianggap sebagai formalitas, maka arah dan tujuannya akan menjadi tidak jelas, menciptakan biaya yang tidak terlihat dalam bentuk waktu dan sumber daya yang terbuang.

- a) Dampak bagi Satuan Kerja: Tanpa penerapan nilai-nilai ini, kegiatan perizinan dan koordinasi akan menjadi tidak efektif. Mutu rencana kegiatan akan menurun karena tidak ada masukan dari pihak terkait, dan pencapaian tujuan organisasi tidak akan optimal. Hal ini menciptakan risiko inefisiensi dan kegagalan proyek.
- b) Dampak bagi Masyarakat: Layanan yang dihasilkan berisiko tidak maksimal, kepercayaan publik terhadap ASN akan menurun, dan inovasi yang seharusnya bermanfaat tidak akan memberikan perbaikan nyata. Ini menciptakan risiko reputasi dan hilangnya manfaat sosial yang seharusnya dirasakan oleh masyarakat.
- c) Dampak terhadap Hubungan Kerja: Komunikasi yang buruk dapat terjadi dengan pihak terkait, menyebabkan peserta tidak mendapatkan dukungan dan arahan yang jelas dalam melaksanakan kegiatan. Hal ini merusak hubungan profesional dan menghambat pengembangan diri ASN secara keseluruhan.

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Mentor

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai		
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai		
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Paraf Mentor
1	15 September 2025 Jam 13.00 WIB	Koordinasi segera dengan UPLRS untuk analisis SOP	Tesedianya SOP yang akan di analisis dan notulen koordinasi	

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Couch

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai			
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai			
N o	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian / Output	Media Komunikas i	Paraf Couch
1	14 Septembe r 2025 Jam 14.48 WIB	Data dimasukka n ke dalam deskripsi isu	Data sudah tersedia di deskripsi isu	Via WhatsApp	

Lampiran 3. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-2-3.

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Unit Kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil
Isu Kegiatan : Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai

A. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

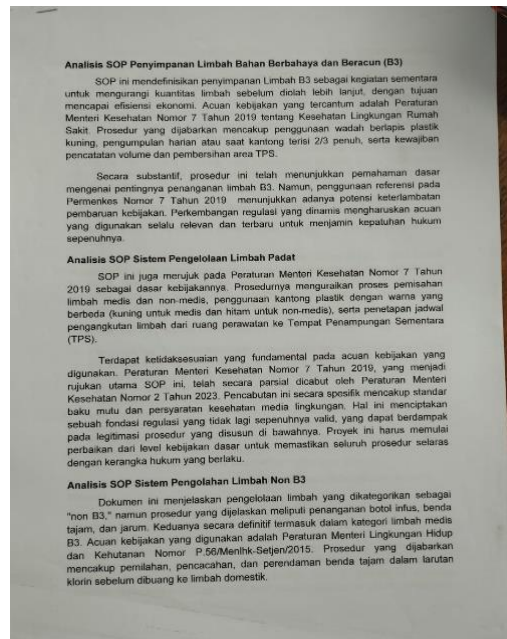
Judul Kegiatan 3	Mengkaji, menganalisis dan, melakukan perbaikan SOP yang sudah ada
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	17-23 september 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya dokumen hasil analisis perbandingan SOP lama dengan standar akreditasi 2. Tersedianya draf SOP pengelolaan limbah terbaru 3. Lembar persetujuan draf SOP baru dari pimpinan
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
B. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	
1. Mengkaji dan Menganalisis SOP Lama: a) Berorientasi Pelayanan: Saya telah menganalisis SOP pengelolaan limbah dimana ini adalah wujud nyata dari pelayanan prima kepada seluruh pihak yang akan menjamin keselamatan dan kesehatan bagi semua	

- b) **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab penuh dalam menganalisis SOP secara objektif dan jujur
 - c) **Kompeten:** Saya telah mengkaji setiap poin SOP dengan teliti untuk menemukan celah atau kekurangan yang perlu diperbaiki
 - d) **Harmonis:** Saya telah berkomunikasi yang baik dengan berbagai pihak dalam melakukan kajian ini.
 - e) **Adaptif:** Saya telah menganalisis SOP dengan mempertimbangkan kondisi dan ketersediaan sumber daya terbaru di RSUD
 - f) **Kolaboratif:** Saya telah bekerjasama dengan tim lain dalam untuk mendapatkan masukan
2. Menyusun Draf SOP Baru:
- a) **Akuntabel:** Saya telah menyusun draf yang bisa dipertanggungjawabkan secara profesional
 - b) **Kompeten:** Saya telah menggunakan pengetahuan dan data yang sudah saya kumpulkan untuk menyusun draf SOP yang lebih efektif, efisien, dan sesuai dengan standar
 - c) **Loyal:** Saya telah menunjukkan dedikasi saya untuk perbaikan sistem di instansi dengan menyusun draf yang dapat memberikan manfaat jangka panjang.
 - d) **Kolaboratif:** Saya telah menyusun SOP dengan melibatkan masukan dari pihak terkait.
3. Mengajukan Draf SOP untuk Disahkan:
- a) **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah memastikan draf SOP yang diajukan sudah ringkas dan jelas agar pimpinan dapat meninjaunya dengan cepat
 - b) **Akuntabel:** Saya telah memastikan draf SOP yang diajukan telah di review dan validasi serta didukung oleh data dan informasi yang akurat.
 - c) **Harmonis:** Saya telah mengajukan draf SOP dengan sikap sopan dan menciptakan komunikasi yang positif.
 - d) **Loyal:** Saya telah menunjukkan komitmen terhadap tugas yang saya jalankan

- e) **Kolaboratif:** Saya telah bekerja sama dengan pihak terkait dalam proses penyusunan dan mereview draf SOP sebelum diajukan

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

1. Mengkaji dan Menganalisis SOP



Tersedianya dokumen hasil analisis perbandingan SOP lama dengan standar akreditasi

2. Menyusun Draf SOP Baru.

	PROSEDUR PENYIMPANAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)		
	No.Dokumen : 400.7.11.5/ /RSUD SR-2025	No.Revisi: 01	Halaman: 1/1
	Tanggal Terbit : Oktober 2025	Disetujui Direktur, UPT RSUD Sungai Rumbai	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)		dr. Sujito, M.KM NIP. 19790821 200804 1 001	
PENGERTIAN	Penyimpanan Limbah B3 adalah kegiatan menyimpan limbah B3 infeksius dan Non Infeksius yang dilakukan oleh penghasil dan/atau pengumpul dengan maksud menyimpan sementara.		
TUJUAN	Menyimpan sementara limbah sampai dengan tercapai kuantitas limbah yang memadai sehingga efisien secara ekonomi untuk pengelolaan lebih lanjut.		
KEBIJAKAN	Peraturan Menteri Kesehatan No.7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> Untuk limbah B3 infeksius padat dimasukkan ke dalam wadah dengan lapisan kantong plastik warna kuning dan dikat. Untuk limbah B3 infeksius padat seperti logam tajam, benda tajam dimasukkan dalam kontainer khusus (safety box). Untuk limbah B3 infeksius cair dimasukkan kedalam jerigen. Untuk limbah B3 non infeksius seperti lampu rusak dan baterai ditempatkan di Ruang Limbah B3 non infeksius. Untuk limbah B3 non infeksius seperti obat kadaluarsa ditempatkan di gudang obat kadaluarsa. Wadah yang ada dimasing-masing ruangan diambil setiap hari atau setelah terisi ¾ penuh dan dikumpulkan pada pukul 06.00-08.00 oleh petugas cleaning service. Ruang Limbah B3 non infeksius, Gudang Obat Kadaluarsa dan cold storage yang telah terisi limbah B3 sebelum dikirim ke pihak ketiga ditutup rapat dan dikunci oleh petugas Kesling (Sanitarian) Rumah Sakit. Setelah limbah B3 yang berada di TPS limbah telah diangkut oleh pihak ketiga, TPS limbah B3 segera dibersihkan menggunakan air bersih dan sabun. Petugas wajib menggunakan alat pelindung diri seperti: sarung tangan, masker, dan sepatu kerja setiap akan memulai melakukan tugas. 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> UPLRS Cleaning Service 		

	PROSEDUR PENGELOLAAN LIMBAH NON B3		
	No.Dokumen : 400.7.11.5/ /RSUD SR-2025	No.Revisi: 00	Halaman: 1/2
	Tanggal Terbit : Oktober 2025	Disetujui Direktur, UPT RSUD Sungai Rumbai	
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)		dr. Sujito, M.KM NIP. 19790821 200804 1 001	
PENGERTIAN	Limbah non-B3 adalah sisa suatu usaha dan/atau kegiatan yang tidak menunjukkan karakteristik Limbah B3 menurut Permen LHK No. 19 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Limbah Non-B3.		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi seluruh petugas di RSUD Sungai Rumbai untuk melaksanakan pengelolaan limbah non-B3 secara higienis, terpisah dari limbah B3, dan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. 19 Tahun 2021 tentang Tata Cara Pengelolaan Limbah Non-Bahan Berbahaya dan Beracun. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. 		
PROSEDUR	<p>A. Jenis Limbah Non B3</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemauan yang tidak terkontaminasi B3/infeksius Sampah domestik yang tidak terkena cairan tubuh <p>B. Pemilahan Limbah Non B3</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemisahan limbah dilakukan dari sumbernya Limbah non-B3 dimasukkan ke dalam wadah atau kantong plastik berwarna hitam Limbah yang terkontaminasi cairan tubuh seperti handsocon bekas, kantong urinefeses, dan selang yang mengandung darah/cairan tubuh, dimasukkan ke dalam kantong berwarna kuning (infeksius). <p>C. Pengumpulan dan pewadahan</p> <ol style="list-style-type: none"> Wadah limbah non-B3 harus ditempatkan di setiap ruangan, terpisah dari wadah limbah infeksius. Petugas kebersihan mengumpulkan sampah dari setiap unit setiap hari. Pastikan tidak ada limbah infeksius atau B3 yang tercampur dalam kantong limbah non-B3 <p>D. Pengangkutan dan Pembuangan Akhir</p> <p>Proses pengangkutan sampah non B3 dilakukan secara bersamaan dengan sampah B3, namun tetap dipisahkan sesuai jenisnya.</p>		

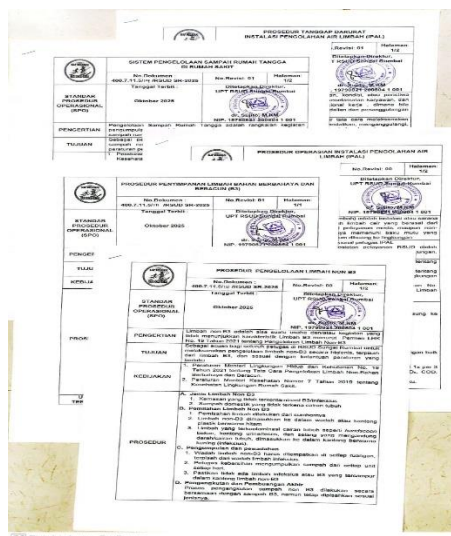
PROSEDUR TANGGAP DARURAT INSTALASI PENGOLOHAN AIR LIMBAH (IPAL)			
No Dokumen 400.7.11.9	Revisi RSUD SR 2025	No Revisi 01	Halaman 12
Tanggal Terbit Oktober 2025	Disiapkan Direktur UPT RSUD Sungai Rumbai		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	dr. Sujito, M.KM NIP. 1970021 200804 1 001		
PENGERTIAN	Kondisi darurat adalah suatu kejadian, kondisi, atau peristiwa yang akan menimbulkan ketidaknyamanan, kerugian, dan mengganggu keberlangsungan operasional kerja, dimana bila terjadi harus dilakukan tindakan pengendalian dan pemantauan segera mungkin.		
TUJUAN	Prosedur ini dibuat untuk mengatur tata cara melaksanakan penanganan dalam keadaan darurat, mengidentifikasi, mengorganisir, dan mengkoordinasikan tenaga kerja, kondisi darurat yang dapat menyebabkan dampak penting terhadap lingkungan, keselamatan/kehidupan pekerja, pasien maupun masyarakat, serta ketergantungan pelayanan.		
KEBLAKUKAN	1. Prosedur tanggap darurat di IPAL dibutuhkan untuk proses penanganan keadaan darurat IPAL di lingkungan RSUD Sungai Rumbai.		
PROSEDUR	a. Jenis keadaan darurat di IPAL adalah: <ol style="list-style-type: none"> Kebakaran Kecelakaan ruangan pada IPAL Ketertinggalan Pengawasan keadaan darurat di IPAL adalah: <ol style="list-style-type: none"> Kebakaran pada IPAL Penanganan pertama keadaan kebakaran dilakukan menggunakan APAR yang terdapat di sekitar IPAL (IGD & OK), apabila tidak bisa dipadamkan diturunkan petugas CBR-III yang melakukan penanganan pertama untuk membatasi penularan kebakaran.		
	2. Kecelakaan ruangan pada IPAL Apabila terjadi kecelakaan ruangan, disarankan petugas untuk mematikan proses IPAL dengan menekan tombol darurat pada kotak panel dan menghindari kontak dengan peralatan yang terdampak. <ol style="list-style-type: none"> Kebakaran pada IPAL Apabila terjadi kebakaran di lingkungan sekitar IPAL, disarankan petugas untuk mematikan proses IPAL dengan menekan darurat pada kotak panel dan menghindari kontak dengan peralatan yang terdampak. Apabila terjadi kebakaran di lingkungan sekitar IPAL, disarankan petugas untuk mematikan proses IPAL dengan menekan darurat pada kotak panel dan menghindari kontak dengan peralatan yang terdampak. Apabila terjadi kebakaran di lingkungan sekitar IPAL, disarankan petugas untuk mematikan proses IPAL dengan menekan darurat pada kotak panel dan menghindari kontak dengan peralatan yang terdampak. 		

PROSEDUR OPERASIONAL INSTALASI PENGOLOHAN AIR LIMBAH (IPAL)			
No Dokumen 400.7.11.9	Revisi RSUD SR 2025	No Revisi 00	Halaman 12
Tanggal Terbit Oktober 2025	Disiapkan Direktur UPT RSUD Sungai Rumbai		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	dr. Sujito, M.KM NIP. 1970021 200804 1 001		
PENGERTIAN	IPAL (Instansi Pengolahan Air Limbah) adalah suatu sistem pengolahan limbah yang digunakan untuk mengolah limbah cair yang terdapat di sekitar rumah sakit, baik dari pelayanan medis maupun non-medis, sehingga hasil olahan memenuhi baku mutu yang ditetapkan oleh pemerintah setempat.		
TUJUAN	1. Untuk menjadi panduan operasional petugas IPAL. 2. Menjaga air limbah dari kegiatan pelayanan RSUD diolah hingga memenuhi baku mutu sebelum dibuang ke lingkungan, sesuai regulasi Peraturan Menteri Kesehatan No. 18 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas. 3. Menjaga Mutu Kesehatan Air No. 18 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas.		
KEBLAKUKAN	1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 18 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas. 2. Peraturan Menteri No. 22 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perilaku dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. 3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 18 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Perilaku dan Pengelolaan Lingkungan Hidup.		
PROSEDUR	A. Pengumpulan Air Limbah 1. Seluruh saluran air limbah dikumpulkan ke dalam satu saluran. 2. Limbah cair berbahaya tidak boleh dibuang langsung ke saluran.		
	B. Pengolahan Air Limbah 1. Proses pengolahan meliputi: <ol style="list-style-type: none"> Pemecahan awal (screening) Pengolahan biologis Pengendapan lumpur Difluksi (injeksi klorinasi/UV) 2. Petugas memastikan semua air IPAL berfungsi dengan baik setiap hari.		

SISTEM PENGOLOHAN SAMPAH RUMAH TANGGA DI RUMAH SAKIT			
No Dokumen 400.7.11.9	Revisi RSUD SR 2025	No Revisi 01	Halaman 12
Tanggal Terbit Oktober 2025	Disiapkan Direktur UPT RSUD Sungai Rumbai		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	dr. Sujito, M.KM NIP. 1970021 200804 1 001		
PENGERTIAN	Pengelolaan Sampah Rumah Tangga adalah kegiatan pengumpulan, pemisahan, pengolahan ke TPS yang sesuai dengan peraturan pemerintah yang berlaku.		
TUJUAN	1. Penurunan Mutu Kesehatan No. 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. 2. Peraturan Menteri No. 22 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perilaku dan Pengelolaan Lingkungan Hidup.		
KEBLAKUKAN	A. Waktu Pelaksanaan 1. Pengumpulan dan pemisahan sampah rumah tangga dilakukan setiap hari, sebelum pukul 07.00 WIB oleh petugas kebersihan ruangan. 2. Pengumpulan sampah rumah tangga dari ruangan pukul 07.00 WIB sampai pukul 08.00 WIB oleh petugas pengangkutan sampah ke TPS sampah medis.		
PROSEDUR	B. Cara Kerja 1. Tong sampah semua ruangan dibedakan antara sampah medis/nonmedis dengan sampah non infeksius (rumah tangga) serta dibagi kantong plastik di dalamnya dengan warna yang sesuai jenis sampah (plastik warna kuning untuk sampah medis dan plastik warna hitam untuk sampah rumah tangga). 2. Petugas memastikan ke dalam tong sampah rumah rapi sehingga tidak ada sampah yang berantakan. 3. Sampah rumah tangga diangkut setiap 2x1 minggu (senin dan kamis) oleh pihak ketiga yang bekerja sama dengan rumah sakit dan dibuang ke TPA resmi yang ditunjuk pemerintah daerah Kabupaten Dhammaraja.		
	C. Pemeliharaan Sarana Kebersihan 1. Semua tong sampah dibersihkan dengan deterjen dan disinfektan minimal 1 kali seminggu. 2. Pemeliharaan bak container sampah dilakukan setiap habis dipergunakan. 3. Alat-alat kebersihan dibersihkan dan disimpan setiap habis dipergunakan.		

Tersedianya draf SOP pengelolaan limbah terbaru

3. Mengajukan Draft SOP untuk Disahkan.



Lembar persetujuan draf SOP baru dari pimpinan

4. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Mengkaji dan Menganalisis SOP

- Proses: Peserta secara sistematis mengumpulkan SOP lama, mengkaji setiap poinnya, dan membandingkan secara detail dengan standar

akreditasi yang relevan. Proses ini melibatkan identifikasi perbedaan, celah, dan area yang memerlukan perbaikan.

- b) Kualitas Produk: Kualitas produk di sini adalah dokumen analisis yang komprehensif dan akurat. Dokumen ini harus menyajikan perbandingan yang jelas, mengidentifikasi kelemahan SOP lama, dan memberikan rekomendasi yang kuat untuk penyusunan SOP baru.

2. Menyusun Draf SOP Baru

- a) Proses: Berdasarkan hasil analisis, peserta menyusun draf SOP baru. Proses ini mencakup penulisan langkah-langkah yang jelas dan terperinci, penetapan alur kerja yang efisien, dan memastikan setiap poin SOP mudah dipahami dan diterapkan oleh semua pihak yang berkepentingan.
- b) Kualitas Produk: Produk akhirnya adalah draf SOP yang terstruktur, lengkap, dan relevan. Draf ini harus mencerminkan pemahaman yang kuat tentang standar terbaru dan kebutuhan operasional, serta berpotensi untuk meningkatkan efisiensi dan keselamatan kerja.

3. Mengajukan Draf SOP untuk Disahkan

- a) Proses: Peserta mengajukan draf SOP yang telah final kepada pimpinan melalui jalur formal. Proses ini melibatkan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan pentingnya SOP baru, serta mendapatkan tanda tangan atau persetujuan resmi yang menjadi legitimasi untuk implementasi.
- b) Kualitas Produk: Produk yang dihasilkan adalah lembar persetujuan yang ditandatangani oleh pimpinan. Ini merupakan validasi resmi bahwa SOP yang diusulkan telah diterima dan diakui oleh otoritas tertinggi di unit kerja.

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

Kegiatan revisi SOP ini, meskipun bersifat internal, memiliki dampak yang signifikan terhadap tujuan strategis organisasi. Proses ini merupakan bagian integral dari reformasi tata kelola pemerintahan dan peningkatan kualitas layanan publik.

Secara langsung, kegiatan ini berkontribusi pada pencapaian Visi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya, yaitu “Dharmasraya Sejahtera Merata.” Hal ini sejalan dengan misi pemerintah daerah, terutama dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan.

1. Peningkatan Kualitas Layanan: Dengan adanya SOP yang diperbarui, prosedur kerja menjadi lebih efisien dan aman. Hal ini secara langsung meningkatkan mutu layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat, yang sejalan dengan misi organisasi untuk peningkatan kualitas kesehatan.
2. Reformasi Tata Kelola Pemerintahan: Proses penyusunan dan pengesahan SOP yang transparan dan akuntabel mencerminkan praktik reformasi tata kelola pemerintahan yang baik. Ini menunjukkan bahwa setiap tindakan ASN, sekecil apa pun, berkontribusi pada pencapaian tujuan strategis nasional.

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

Kegagalan dalam menerapkan nilai-nilai dasar ASN (Ber-AKHLAK) dalam kegiatan revisi SOP ini dapat menimbulkan konsekuensi negatif yang signifikan. Jika proses ini hanya dianggap sebagai formalitas, maka arah dan tujuannya akan menjadi tidak jelas, menciptakan biaya yang tidak terlihat dalam bentuk waktu dan sumber daya yang terbuang.

1. Dampak bagi Satuan Kerja: Tanpa penerapan nilai-nilai ini, SOP yang dihasilkan berisiko tidak efektif, tidak sesuai standar, dan tidak dapat diimplementasikan dengan baik. Hal ini dapat menyebabkan inefisiensi, kesalahan operasional, dan kegagalan dalam mencapai tujuan organisasi.
2. Dampak bagi Masyarakat: SOP yang tidak terstandar dapat mengakibatkan layanan yang tidak optimal, menurunkan kepercayaan publik terhadap ASN, dan menghambat inovasi yang seharusnya memberikan perbaikan nyata.

3. Dampak terhadap Hubungan Kerja: Proses penyusunan SOP yang tidak transparan atau tidak kolaboratif dapat menimbulkan konflik internal dan merusak hubungan kerja antar staf. Hal ini menghambat pengembangan diri ASN secara keseluruhan

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Mentor

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai		
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai		
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Paraf Mentor
1	22 September 2025 Jam 13.00 WIB	Lanjutkan kegiatan berikutnya	SOP baru sudah di setujui	

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Couch

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai			
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai			
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Media Komunikasi	Paraf Couch
1	21 September 2025 Jam 12.46 WIB	Laporan mingguan pakai form lama	Laporan sudah diganti dengan form lama	Via WhatsApp	

Lampiran 4. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke 3-5.

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Unit Kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil
Isu Kegiatan : Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai

A. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 4	Pembuatan dan Sosialisasi Media Edukasi tentang Pengelolaan Limbah Medis
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	24 september – 06 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya Draf desain media edukasi 2. Tersedianya media edukasi tercetak (leaflet/poster) 3. Tersedianya dokumentasi kegiatan sosialisasi dan pemasangan media edukasi di area strategis RSUD
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
B. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	
1. Menyusun dan Mendesain Media Edukasi tentang Pengelolaan Limbah Medis: a) Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan media yang dibuat mudah dipahami sehingga informasi dapat tersampaikan dengan baik	

- b) **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab dalam mencari dan menggunakan data yang valid, akurat, dan sesuai dengan standar yang berlaku.
- c) **Kompeten:** Saya telah memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan dalam membuat desain yang menarik dan mudah dipahami
- d) **Harmonis:** Saya telah menggunakan bahasa dan gambar yang santun, tidak menyinggung pihak manapun
- e) **Adaptif:** Saya telah memilih materi yang relevan dengan kondisi dan kebutuhan di RSUD Sungai Rumbai
- f) **Kolaboratif:** Saya telah meminta masukan dari mentor atau rekan kerja terkait draf desain untuk mendapatkan perspektif yang lebih baik. Mendesain draf media edukasi (leaflet/poster)

2. Mencetak dan menggandakan media edukasi

- a) **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah berupaya agar media edukasi yang dicetak mudah dibaca, menarik, dan bermanfaat bagi seluruh pegawai RSUD
- b) **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab terhadap penggunaan bahan dan biaya penggandaan media, memastikan proses dilakukan secara efisien dan sesuai kebutuhan
- c) **Kompeten:** Saya telah memastikan kualitas hasil cetak sesuai dengan desain yang telah disetujui
- d) **Loyal:** Saya telah menjaga amanah instansi dengan memprioritaskan hasil kerja yang efisien dan mendukung peningkatan kualitas lingkungan RSUD.
- e) **Adaptif:** Saya telah menyesuaikan jika terjadi kendala teknis dalam proses cetak
- f) **Kolaboratif:** Saya telah berkoordinasi dengan pihak percetakan dan rekan kerja untuk memastikan hasil cetak sesuai dengan rencana dan tepat waktu.

3. Melakukan sosialisasi dan pemasangan media edukasi di area strategis RSUD

- a) **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah memberikan penjelasan secara ramah dan jelas kepada audiens melalui poster tentang pemilahan limbah dan pemakaian APD untuk mendorong perubahan perilaku positif dalam pengelolaan limbah
- b) **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab dalam memilih lokasi yang tepat dan memastikan pemasangan dilakukan sesuai izin dan aturan yang berlaku
- c) **Kompeten:** Saya telah meningkatkan kemampuan komunikasi dan presentasi agar sosialisasi berjalan efektif dan peserta memahami pesan edukasi yang disampaikan
- d) **Harmonis:** Saya telah menjalin komunikasi yang baik dengan petugas dari berbagai unit agar pemasangan media dapat diterima dan tidak mengganggu aktivitas kerja di area tersebut.
- e) **Loyal:** Saya telah mendukung penuh program pengelolaan limbah RSUD dengan sosialisasi pentingnya kepatuhan terhadap SOP limbah medis.
- f) **Adaptif:** Saya telah menyesuaikan cara penyampaian informasi dengan kondisi dan karakter audiens.
- g) **Kolaboratif:** Saya telah mengajak petugas terkait untuk ikut serta dalam sosialisasi singkat agar pesan yang disampaikan lebih kuat dan terpercaya

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

- 1) Menyusun dan mendesain media edukasi tentang pengelolaan limbah medis

Limbah Aman, Lingkungan Nyaman, Kita Semua Selamat!

TAHUKAH ANDA?

Pencampuran limbah non-medis ke dalam tempat sampah infeksius dapat:

- Menyebarkan penyakit kepada petugas, pasien, dan staf medis.
- Meningkatkan risiko kecelakaan kerja (tertusuk benda tajam, terpapar cairan berbahaya).
- Mencemari lingkungan dan mengancam kesehatan masyarakat.

INGAT! PILAH SEKARANG JUGA!

- **KUNING:** Yang terkontaminasi oleh darah, cairan tubuh atau patogen lainnya (perban, sarung tangan bekas, alat infus, dll)
- **HITAM:** Sampah Non-Medis (kertas, bungkus spuit, bungkus kapas alkohol, bungkus makanan, botol air mineral, dll) yang tidak terkontaminasi



LINDUNGI DIRI DENGAN APD!

- **Sarung Tangan:** Mencegah tangan dari luka akibat benda tajam dan paparan kuman berbahaya.
- **Masker:** Melindungi pernapasan dari bakteri dan virus.
- **Sepatu tertutup:** Mencegah kontaminasi ke kaki

KERJA AMAN, LINGKUNGAN BERSIH, KITA SEMUA SEHAT!

Tersedianya draf materi edukasi dalam narasi/poin-poin

2) Mencetak dan menggandakan media edukasi



Tersedianya media edukasi tercetak

3) Melakukan sosialisasi dan pemasangan media edukasi di area strategis RSUD



Tersedianya dokumentasi kegiatan sosialisasi & pemasangan

D. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Menyusun dan mendesain media edukasi tentang pengelolaan limbah medis
 - a) Proses: Tahapan dimulai dari pengumpulan materi berdasarkan SOP limbah medis, penyusunan naskah konten, hingga proses desain menggunakan aplikasi grafis. Revisi dilakukan bersama tim agar pesan edukasi tepat sasaran.
 - b) Kualitas Produk: Dihasilkan draf media edukasi (poster, leaflet, banner) dengan desain menarik, pesan singkat, dan sesuai standar komunikasi kesehatan
2. Mencetak dan Menggandakan Media Edukasi
 - a) Proses: Desain final diserahkan ke percetakan untuk proses produksi. Dilakukan pengecekan hasil uji warna dan bahan sebelum dicetak massal.
 - b) Kualitas Produk: Hasil cetak memiliki kualitas baik, warna jelas, dan bahan kuat. Produk siap digunakan untuk sosialisasi dan pemasangan
3. Melakukan Sosialisasi dan Pemasangan Media Edukasi
 - a) Proses: Sosialisasi dilakukan secara langsung dengan menjelaskan isi media edukasi kepada petugas dan menempelkan poster di area yang mudah dilihat.
 - b) Kualitas Produk: Kegiatan berjalan lancar dengan partisipasi aktif petugas. Media edukasi terpasang di lokasi strategis dan pesan edukatif tersampaikan dengan efektif.

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

Kegiatan pembuatan dan sosialisasi media edukasi tentang pengelolaan limbah medis memiliki dampak yang signifikan terhadap pencapaian visi, misi, dan tugas organisasi. Kegiatan ini merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan dan penguatan budaya kerja yang berorientasi pada keselamatan pasien serta kelestarian lingkungan.

Secara langsung, kegiatan ini mendukung Visi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya, yaitu “Dharmasraya Sejahtera Merata.” Hal ini sejalan dengan misi

pemerintah daerah dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui penerapan tata kelola rumah sakit yang bersih, aman, dan ramah lingkungan.

1. **Peningkatan Kualitas Layanan:** Melalui media edukasi dan kegiatan sosialisasi, petugas menjadi lebih memahami pentingnya pemilahan limbah medis sesuai standar. Peningkatan kepatuhan ini berkontribusi pada terciptanya lingkungan kerja yang lebih aman dan higienis, sehingga mutu layanan kesehatan kepada masyarakat dapat meningkat secara nyata.
2. **Reformasi Tata Kelola Pemerintahan:** Kegiatan ini mencerminkan penerapan prinsip tata kelola yang baik (*good governance*) melalui transparansi, akuntabilitas, dan partisipasi aktif antarunit kerja (UPLRS, PPI, dan tenaga kesehatan). Pembuatan media edukasi menjadi bukti nyata komitmen ASN dalam memberikan pelayanan publik yang berorientasi pada hasil, efektif, dan berdampak langsung bagi masyarakat

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

Kegagalan dalam menerapkan nilai-nilai dasar ASN (BerAKHLAK) dalam kegiatan pembuatan dan sosialisasi media edukasi dapat menimbulkan dampak negatif bagi satuan kerja dan masyarakat. Tanpa nilai dasar sebagai pedoman, kegiatan bisa kehilangan arah, hanya menjadi formalitas, dan tidak memberikan hasil yang berkelanjutan.

1. Dampak bagi Satuan Kerja: Tanpa penerapan nilai akuntabilitas dan kolaborasi, media edukasi yang dihasilkan mungkin tidak sesuai standar dan tidak digunakan secara efektif oleh petugas. Hal ini mengakibatkan rendahnya tingkat kepatuhan dalam pemilahan limbah medis serta meningkatnya risiko pencemaran lingkungan rumah sakit.
2. Dampak bagi Masyarakat: Jika pengelolaan limbah medis tidak dilakukan dengan benar, potensi penularan penyakit dan pencemaran lingkungan akan meningkat. Keadaan ini dapat menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan RSUD dan citra pemerintah daerah dalam menjaga kesehatan lingkungan.

3. Dampak terhadap Hubungan Kerja: Apabila kegiatan tidak dilaksanakan secara harmonis dan kolaboratif, koordinasi antarunit akan melemah. Hal ini dapat menimbulkan kesalahpahaman, menurunkan semangat kerja tim, dan menghambat terwujudnya budaya kerja yang berintegritas dan berorientasi pelayanan

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Mentor

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai		
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai		
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Paraf Mentor
1	30 September 2025 Jam 13.00 WIB	Segera buat laporan aktualisasi dan sosialisasi di apel pagi	Sosialisasi dilakukan saat apel pagi tanggal 2 oktober 2025	
2	04 Oktober 2025 Jam 13.00 WIB	Kooordinasi dengan tim PPI dan UPLRS dan persiapan monitoring	Hasil koordinasi dengan PPI dan UPLRS tentang monitoring	

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Couch

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai			
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai			
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Media Komunikasi	Paraf Couch

1	28 September 2025 Jam 13.14 WIB	Laporan kegiatan buat dalam bentuk panduan lama kecuali cover dan matrik	Tersedianya laporan dalam bentuk panduan lama	Via WhatsApp	
2	02 Oktober 2025 Jam 17.22 WIB	Judul dan isu tidak boleh diganti	Tersedianya laporan dengan judul dan isu yang lama	Via WhatsApp	

Lampiran 5. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-5.

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Unit Kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil
Isu Kegiatan : Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai

A. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 5	Merancang sistem monitoring sederhana
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	07-09 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Terdapatnya daftar indikator yang relevan untuk dipantau 2. Terdapatnya format monitoring sederhana (dalam bentuk Google Form) 3. Terdapatnya persetujuan dari mentor
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
B. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	
1. Mengidentifikasi indikator yang akan di monitoring	
a) Akuntabel: Saya telah memilih indikator yang dapat dipertanggungjawabkan	
b) Kompeten: Saya telah menentukan indikator sesuai standar dan kebutuhan.	
c) Adaptif: Saya telah merancang sistem monitoring agar fleksibel dan dapat disesuaikan perubahan kebutuhan	

- d) **Kolaboratif:** Saya telah berdiskusi dengan petugas terkait untuk mendapatkan masukan tentang indikator yang paling mudah untuk dimonitor
2. Menyusun format/ alat monitoring di google form
- a) **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah memastikan formulir monitoring dibuat sesederhana mungkin agar mudah digunakan oleh petugas di lapangan.
- b) **Kompeten:** Saya telah merancang instrumen monitoring yang sistematis dan efektif dalam pengumpulan data.
- c) **Adaptif:** Saya telah menyesuaikan instrumen monitoring dengan format yang paling sesuai dan mudah diterapkan di RSUD
3. Mengajukan draf sistem monitoring kepada mentor untuk mendapatkan persetujuan
- a) **Berorientasi pelayanan:** Saya telah mengajukan draf sistem monitoring dengan tujuan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan kegiatan, sehingga memberikan manfaat yang optimal
- b) **Akuntabel** Saya telah memastikan draf yang diajukan dapat dipertanggungjawabkan
- c) **Harmonis:** Saya telah mengajukan draf dengan sikap sopan dan terbuka terhadap masukan dari mentor
- d) **Loyal:** Saya telah menunjukkan komitmen terhadap tugas dengan menyelesaikan tahapan ini hingga mendapatkan persetujuan
- e) **Kolaboratif:** Saya telah membuka ruang diskusi untuk mendapatkan masukan dari mentor
- C. Teknik Aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/ evidence**
1. Mengidentifikasi indikator yang akan dimonitor:

Petugas :

No	Aspek yang Diamati	Kriteria	Hasil Pengamatan (✓)	Catatan/Temuan
1	Pemilahan Limbah	Limbah medis dimasukkan ke kantong kuning sesuai SOP	☐ Ya ☐ Tidak	
		Limbah non-medis dimasukkan ke kantong hitam sesuai SOP	☐ Ya ☐ Tidak	
		Limbah Tajam dimasukkan ke dalam <i>Safety box</i>	☐ Ya ☐ Tidak	
		Kantong limbah infeksius tidak melebihi $\frac{3}{4}$ volume	☐ Ya ☐ Tidak	
2	Kepatuhan APD	Petugas kebersihan menggunakan sarung tangan saat bekerja	☐ Ya ☐ Tidak	

		Petugas kebersihan menggunakan masker saat bekerja	☐ Ya ☐ Tidak	
		Petugas menggunakan APD lain sesuai kebutuhan (apron, sepatu boot)	☐ Ya ☐ Tidak	

Tindak Lanjut / Rekomendasi:

.....

.....

Terdapatnya daftar indikator yang relevan untuk dipantau

2. Menyusun format/ alat monitoring di google form

Limbah Medis di UPT RSUD Sun ☆

Pertanyaan Jawaban 10 Setelan

Bagian 1 dari 4

Monitoring Pengelolaan Limbah Medis di UPT RSUD Sungai Rumbai

Deskripsi Formulir

Tanggal *

Bulan, hari, tahun

Ruangan *

☐ IGD

☐ Laboratorium

☐ Rawat Inap 1,2

☐ Rawat Inap 3

☐ Rawat Inap Paru

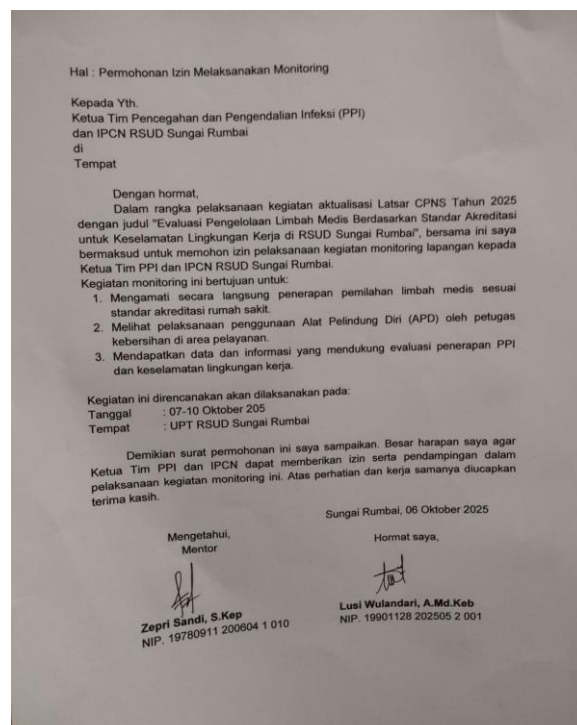
☐ Poliklinik

Petugas *

Teks jawaban singkat

Terdapatnya format monitoring di google form

3. Mengajukan draf sistem monitoring kepada mentor untuk mendapatkan persetujuan



Terdapatnya persetujuan dari mentor

D. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Mengidentifikasi Indikator yang Akan Dimonitor

- a) Proses: Peserta meninjau kembali tujuan proyek aktualisasi, menentukan metrik-metrik yang relevan (seperti tingkat partisipasi, pemahaman audiens, atau perubahan perilaku), dan menyusunnya dalam daftar yang jelas dan terstruktur.
- b) Kualitas Produk: Kualitas produk di sini adalah daftar indikator yang komprehensif, terukur, dan relevan dengan tujuan proyek.

2. Menyusun Format/Alat Monitoring Sederhana

- a) Proses: Berdasarkan daftar indikator, peserta merancang sebuah alat sederhana, seperti tabel atau checklist, yang akan digunakan untuk mengumpulkan data secara berkala. Alat ini dirancang agar mudah digunakan dan dapat diisi oleh semua pihak terkait.
- b) Kualitas Produk: Produk akhirnya adalah format monitoring yang praktis dan fungsional, yang dapat digunakan secara efektif untuk mengumpulkan data evaluasi.

3. Mengajukan Draf Sistem Monitoring kepada Mentor untuk Mendapatkan Persetujuan

- a) Proses: Peserta mengajukan draf alat monitoring kepada mentor, menjelaskan tujuan dan manfaatnya, serta menerima masukan untuk perbaikan. Proses ini mencakup mendapatkan tanda tangan atau persetujuan resmi sebagai validasi.
- b) Kualitas Produk: Produk yang dihasilkan adalah persetujuan resmi dari mentor, yang menjadi legitimasi untuk melanjutkan ke fase evaluasi.

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

Kegiatan monitoring ini memiliki dampak yang signifikan terhadap tujuan strategis organisasi. Proses ini merupakan bagian integral dari sistem manajemen kinerja yang baik.

Secara langsung, kegiatan ini berkontribusi pada pencapaian Visi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya, yaitu “Dharmasraya Sejahtera Merata.” Hal ini sejalan dengan misi pemerintah daerah, terutama dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan.

1. **Peningkatan Kualitas Layanan:** Dengan adanya sistem monitoring yang efektif, organisasi dapat mengukur dampak dari kegiatan yang telah dilakukan dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Hal ini secara langsung meningkatkan mutu layanan yang diberikan.
2. **Reformasi Tata Kelola Pemerintahan:** Proses monitoring yang transparan dan akuntabel mencerminkan praktik tata kelola pemerintahan yang baik. Ini menunjukkan komitmen ASN dalam melayani publik dan memastikan bahwa setiap program memberikan hasil yang nyata dan terukur.

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

Kegagalan dalam menerapkan nilai-nilai dasar ASN (Ber-AKHLAK) dalam kegiatan monitoring dapat menimbulkan konsekuensi negatif yang signifikan. Jika proses ini hanya dianggap sebagai formalitas, maka arah dan tujuannya akan menjadi tidak jelas, menciptakan biaya yang tidak terlihat dalam bentuk waktu dan sumber daya yang terbuang.

1. **Dampak bagi Satuan Kerja:** Tanpa sistem monitoring yang akuntabel, organisasi tidak akan memiliki data objektif untuk mengukur keberhasilan proyek. Hal ini dapat menyebabkan inefisiensi dan kegagalan dalam mencapai tujuan organisasi.
2. **Dampak bagi Masyarakat:** Tanpa evaluasi yang tepat, perbaikan layanan tidak dapat dilakukan secara berbasis data. Hal ini dapat menurunkan kepercayaan publik terhadap ASN dan menghambat inovasi yang seharusnya memberikan perbaikan nyata.

3. **Dampak terhadap Hubungan Kerja:** Proses monitoring yang tidak transparan dapat menimbulkan ketidakpercayaan di antara tim kerja. Hal ini menghambat pengembangan diri ASN secara keseluruhan

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Mentor

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai		
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai		
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Paraf Mentor
1	10 Oktober 2025 Jam 13.00 WIB	Bimbingan PKTBT	Tersedianya laporan PKTBT dimana KTS minimal 25 JP	

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Couch

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai			
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai			
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Media Komunikasi	Paraf Couch
1	07 Oktober 2025 Jam 13.00 WIB	Buat deskripsi core isu saja dan pedomani panduan	Tersedianya laporan seperti panduan	Via WhatsApp	

Lampiran 6. Lampiran Laporan Mingguan Minggu Ke-6.

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Unit Kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil
Isu Kegiatan : Inkonsistensi dalam penerapan prosedur pengelolaan limbah medis berdasarkan standar akreditasi yang berisiko menimbulkan bahaya kesehatan dan pencemaran lingkungan di UPT RSUD Sungai Rumbai

A. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 6	Pelaporan kepada mentor terkait hasil evaluasi rencana pelaksanaan kegiatan
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	11-17 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya laporan evaluasi yang terstruktur 2. Tersampainya laporan evaluasi secara resmi kepada mentor 3. Tersedianya laporan hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan yang telah disetujui oleh mentor
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
B. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi	
1. Menyusun hasil evaluasi rencana pelaksanaan kegiatan: a) Akuntabel : Saya telah menyusun laporan yang jujur dan dapat dipertanggungjawabkan b) Kompeten : Saya telah menyusun laporan berdasarkan data dan hasil evaluasi yang objektif	
2. Menyampaikan laporan evaluasi kepada mentor	

- a) **Berorientasi Pelayanan:** Saya telah memastikan laporan disampaikan secara ringkas dan jelas agar mentor dapat meninjau dengan mudah
- b) **Akuntabel:** Saya telah menyampaikan laporan dengan transparan
Harmonis: Saya telah menyampaikan laporan evaluasi dengan bahasa yang sopan dan profesional, serta menghargai masukan dan saran dari mentor
- c) **Loyal:** Saya telah menunjukkan dedikasi terhadap tugas dengan memastikan laporan disusun sesuai dengan arahan dan tujuan instansi
- d) **Kolaboratif:** Saya telah berdiskusi secara aktif dengan mentor untuk mendapatkan arahan yang lebih baik dan laporan evaluasi dapat dimanfaatkan untuk perbaikan bersama.

3. Memperbaiki laporan sesuai arahan mentor

- a) **Akuntabel:** Saya telah bertanggung jawab melakukan revisi sesuai catatan mentor
- b) **Kompeten:** Saya telah menggunakan kemampuan saya untuk memperbaiki laporan agar menjadi dokumen yang berkualitas
- c) **Adaptif:** Saya telah menyesuaikan laporan saya berdasarkan masukan dari mentor agar hasilnya lebih baik.
- d) **Kolaboratif:** Membahas hasil evaluasi dengan mentor dan pihak terkait lainnya untuk mendapatkan masukan dan dukungan dalam perbaikan pelaksanaan kegiatan

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

1. Menyusun hasil evaluasi rencana pelaksanaan kegiatan

LAPORAN MONITORING EVALUASI DAN DAMPAK PELAKSANAAN PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS



Disusun oleh:

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil
Unit kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai

UPT RSUD SUNGAI RUMBAI
KABUPATEN DHARMASRAYA
2025

A. Latar Belakang

Pengelolaan limbah medis merupakan salah satu komponen penting dalam upaya menjaga keselamatan petugas, pasien, dan lingkungan rumah sakit. Limbah medis yang tidak dikelola sesuai prosedur dapat menimbulkan risiko infeksi, pencemaran lingkungan, serta menurunkan mutu pelayanan kesehatan.

Sebagai tindak lanjut dari penerapan Standar Akreditasi Rumah Sakit dan peningkatan mutu pelayanan berbasis Indikator Nasional Mutu (INM), dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) terhadap pengelolaan limbah medis di UPT RSUD Sungai Rumbai. Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa proses pemilahan, pengumpulan, dan pembuangan limbah medis telah berjalan sesuai SOP serta memenuhi standar INM 2 (kepatuhan penggunaan APD) dan INM 3 (pengelolaan limbah medis infeksius) dengan target mutu $\geq 80\%$.

B. Tujuan

1. Menilai tingkat kepatuhan petugas kebersihan terhadap SOP pengelolaan limbah medis dan penggunaan APD.
2. Mengevaluasi pelaksanaan SOP berdasarkan kategori capaian Indikator Nasional Mutu (INM).
3. Mengidentifikasi kendala dan hambatan dalam implementasi pengelolaan limbah medis.
4. Menilai dampak penerapan pengelolaan limbah medis terhadap keselamatan lingkungan kerja dan mutu pelayanan rumah sakit.

C. Metode Monitoring dan Evaluasi

1. Metode Penilaian:
 - Observasi langsung terhadap kegiatan pengelolaan limbah di setiap unit pelayanan.
 - Wawancara singkat dengan petugas kebersihan dan IPCLN.
 - Pengumpulan data melalui Google Form berbasis SOP.
2. Frekuensi Pelaksanaan:

Monitoring dilakukan selama tiga hari berturut-turut, yaitu tanggal 7-9 Oktober 2025.

3. Instrumen Evaluasi:

Formulir observasi kepatuhan terhadap pengelolaan limbah medis dan penggunaan APD berdasarkan SOP dan INM.

D. Hasil Monitoring dan Evaluasi

Dalam laporan ini, rata-rata persentase tiap indikator dihitung menggunakan rumus:

$$\text{Rata-rata (\%)} = \frac{\text{Persentase Hari 1} + \text{Persentase Hari 2} + \text{Persentase Hari 3}}{3}$$

Setelah dihitung, hasilnya dikategorikan sesuai standar INM Kemenkes RI, yaitu:

- Baik: $\geq 80\%$
- Sedang: 60-79%
- Kurang: $< 60\%$

1. Kepatuhan Pengelolaan Limbah Medis (INM 3)

Indikator	07/10	08/10	09/10	Rata-rata	Kategori INM
limbah infeksius sesuai SOP	66,7%	83,3%	83,3%	$(66,7 + 83,3 + 83,3) / 3 = 77,8\%$	Sedang (60-79%)
Limbah noninfeksius sesuai SOP	83,3%	100%	100%	$(83,3 + 100 + 100) / 3 = 94,4\%$	Baik ($\geq 80\%$)
Limbah tajam sesuai SOP	100%	100%	100%	$(100 + 100 + 100) / 3 = 100\%$	Baik ($\geq 80\%$)

Keterangan:

Terjadi peningkatan kepatuhan dari hari pertama hingga hari terakhir. Pemilahan limbah noninfeksius dan tajam telah mencapai kategori Baik, sedangkan limbah infeksius masih pada kategori Sedang (77,8%), sehingga memerlukan pembinaan berkelanjutan.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) (INM 2)

Indikator	07/10	08/10	09/10	Rata-rata	Kategori INM
Penggunaan sarung tangan	66,7%	33,3%	66,7%	$(66,7 + 33,3 + 66,7) / 3 = 55,6\%$	Kurang ($< 60\%$)
Penggunaan masker	50%	50%	100%	$(50 + 50 + 100) / 3 = 66,7\%$	Sedang (60-79%)
Penggunaan APD lain (apron/boot)	100%	100%	100%	$(100 + 100 + 100) / 3 = 100\%$	Baik ($\geq 80\%$)

Keterangan:

Kepatuhan penggunaan masker dan APD tambahan sudah baik dan konsisten, sedangkan penggunaan sarung tangan masih rendah (kategori Kurang) dan perlu pembinaan serta pengawasan rutin.

E. Dampak Pelaksanaan Kegiatan

1. Meningkatnya pemahaman dan kepedulian terhadap pengelolaan limbah dan APD
2. Lingkungan Rumah Sakit kondisi lebih bersih, aman, dan berkurangnya risiko paparan infeksi
3. Pemantauan data terdigitalisasi melalui Google Form, memudahkan evaluasi.
4. Terpuhinya indikator mutu nasional (INM 2 & INM 3) sebagai bukti dukungan akreditasi.

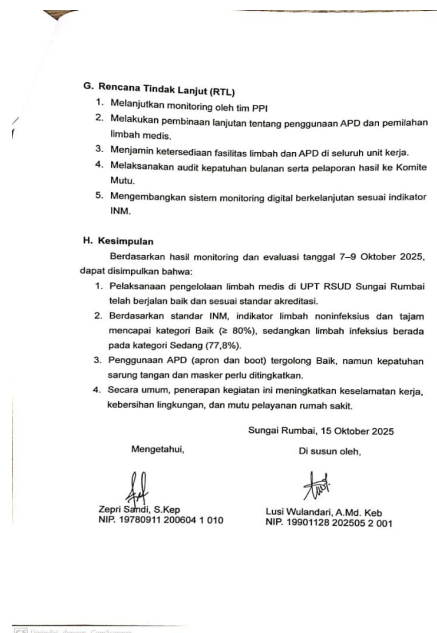
Tersedianya laporan evaluasi yang terstruktur

2. Menyampaikan laporan evaluasi kepada mentor



Tersampaiannya laporan evaluasi secara resmi kepada mentor

3. Memperbaiki laporan sesuai arahan mentor



Tersedianya laporan hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan yang telah disetujui oleh mentor

D. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

1. Menyusun Hasil Evaluasi Rencana Pelaksanaan Kegiatan

- a) Proses: Peserta mengumpulkan seluruh data dan dokumentasi dari kegiatan-kegiatan sebelumnya, menganalisisnya, dan menyusunnya menjadi laporan yang koheren. Proses ini melibatkan sintesis informasi dari berbagai sumber untuk menggambarkan pencapaian proyek secara keseluruhan.
- b) Kualitas Produk: Kualitas produk di sini adalah laporan evaluasi yang komprehensif, data-driven, dan terstruktur. Laporan ini harus menyajikan temuan dan kesimpulan secara jelas, menjadikannya dokumen yang andal untuk pertanggungjawaban.

2. Menyampaikan Laporan Evaluasi kepada Mentor

- a) Proses: Peserta menjadwalkan pertemuan dengan mentor, mempresentasikan temuan utama dari laporan, dan menyerahkan dokumen secara resmi. Proses ini memastikan bahwa laporan diterima dan ditinjau oleh pihak yang berwenang.
- b) Kualitas Produk: Produk akhirnya adalah pengakuan resmi bahwa laporan telah disampaikan, yang menjadi fondasi untuk proses perbaikan berikutnya.

3. Memperbaiki Laporan Sesuai Arahan Mentor

- a) Proses: Setelah menerima masukan dari mentor, peserta melakukan perbaikan yang diperlukan pada laporan. Proses ini bisa mencakup revisi narasi, penambahan data, atau penyesuaian format untuk memenuhi standar yang telah ditetapkan.
- b) Kualitas Produk: Produk yang dihasilkan adalah laporan final yang telah disetujui oleh mentor. Ini adalah dokumen berkualitas tinggi yang mencerminkan kolaborasi dan komitmen terhadap keunggulan.

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

Kegiatan evaluasi dan pelaporan ini memiliki dampak yang signifikan terhadap tujuan strategis organisasi. Proses ini merupakan bagian integral dari sistem manajemen kinerja yang baik.

Secara langsung, kegiatan ini berkontribusi pada pencapaian Visi Pemerintah Kabupaten Dharmasraya, yaitu “Dharmasraya Sejahtera Merata.” Hal ini sejalan dengan misi pemerintah daerah, terutama dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kesehatan.

1. **Peningkatan Kualitas Layanan:** Dengan adanya laporan evaluasi yang akurat, organisasi dapat mengukur dampak dari kegiatan yang telah dilakukan dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Hal ini secara langsung meningkatkan mutu layanan yang diberikan.
2. **Reformasi Tata Kelola Pemerintahan:** Proses evaluasi dan pelaporan yang transparan dan akuntabel mencerminkan praktik tata kelola pemerintahan yang baik. Ini menunjukkan komitmen ASN dalam melayani publik dan memastikan bahwa setiap program memberikan hasil yang nyata dan terukur.

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

Kegagalan dalam menerapkan nilai-nilai dasar ASN (Ber-AKHLAK) dalam kegiatan evaluasi dapat menimbulkan konsekuensi negatif yang signifikan. Jika proses ini hanya dianggap sebagai formalitas, maka arah dan tujuannya akan menjadi tidak jelas, menciptakan biaya yang tidak terlihat dalam bentuk waktu dan sumber daya yang terbuang.

1. **Dampak bagi Satuan Kerja:** Tanpa laporan evaluasi yang akuntabel, organisasi tidak akan memiliki data objektif untuk mengukur keberhasilan proyek. Hal ini dapat menyebabkan inefisiensi, pengulangan kesalahan, dan kegagalan dalam mencapai tujuan organisasi.

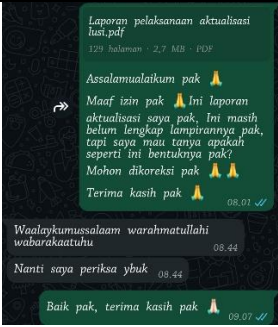
2. **Dampak bagi Masyarakat:** Tanpa evaluasi yang tepat, perbaikan layanan tidak dapat dilakukan secara berbasis data. Hal ini dapat menurunkan kepercayaan publik terhadap ASN dan menghambat inovasi yang seharusnya memberikan perbaikan nyata.
3. **Dampak terhadap Hubungan Kerja:** Proses pelaporan yang tidak transparan atau tidak kolaboratif dapat menimbulkan ketidakpercayaan di antara tim kerja. Hal ini menghambat pengembangan diri ASN secara keseluruhan

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Mentor

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb		
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai		
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai		
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Paraf Mentor
1	15 Oktober 2025 Jam 14.00 WIB	Presentasi seluruh kegiatan selama habituasi	Tersampainya semua hasil kegiatan selama habituasi	

Catatan Pengendalian Aktualisasi Oleh Couch

Nama Peserta		Lusi wulandari, A.Md. Keb			
Satuan Kerja		UPT RSUD Sungai Rumbai			
Tempat Aktualisasi		UPT RSUD Sungai Rumbai			
No	Tanggal/ Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/ Output	Media Komunikasi	Paraf Couch
1	12 Oktober 2025 Jam 19.22 WIB	Matrik rekapitulasi realisasi habituasi apa yang kita aktualisasi di masa habituasi	Tersedianya matrik rekapitulasi habituasi lengkap	Via WhatsApp	

2	14 Oktober 2025 Jam 08.01 WIB	Menyerahkan laporan pelaksanaan aktualisasi untuk dikoreksi		Via WhatsApp	
---	--	--	--	-----------------	--

LAPORAN MONITORING EVALUASI DAN DAMPAK PELAKSANAAN PENGELOLAAN LIMBAH MEDIS



Disusun oleh:

Nama : Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP : 19901128 202505 2 001
Jabatan : Epidemiolog Kesehatan Terampil
Unit kerja : UPT RSUD Sungai Rumbai

**UPT RSUD SUNGAI RUMBAI
KABUPATEN DHARMASRAYA
2025**

A. Latar Belakang

Pengelolaan limbah medis merupakan salah satu komponen penting dalam upaya menjaga keselamatan petugas, pasien, dan lingkungan rumah sakit. Limbah medis yang tidak dikelola sesuai prosedur dapat menimbulkan risiko infeksi, pencemaran lingkungan, serta menurunkan mutu pelayanan kesehatan.

Sebagai tindak lanjut dari penerapan Standar Akreditasi Rumah Sakit dan peningkatan mutu pelayanan berbasis Indikator Nasional Mutu (INM), dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) terhadap pengelolaan limbah medis di UPT RSUD Sungai Rumbai. Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa proses pemilahan, pengumpulan, dan pembuangan limbah medis telah berjalan sesuai SOP serta memenuhi standar INM 2 (kepatuhan penggunaan APD) dan INM 3 (pengelolaan limbah medis infeksius) dengan target mutu $\geq 80\%$.

B. Tujuan

1. Menilai tingkat kepatuhan petugas kebersihan terhadap SOP pengelolaan limbah medis dan penggunaan APD.
2. Mengevaluasi pelaksanaan SOP berdasarkan kategori capaian Indikator Nasional Mutu (INM).
3. Mengidentifikasi kendala dan hambatan dalam implementasi pengelolaan limbah medis.
4. Menilai dampak penerapan pengelolaan limbah medis terhadap keselamatan lingkungan kerja dan mutu pelayanan rumah sakit.

C. Metode Monitoring dan Evaluasi

1. Metode Penilaian:

- Observasi langsung terhadap kegiatan pengelolaan limbah di setiap unit pelayanan.
- Wawancara singkat dengan petugas kebersihan dan IPCLN.
- Pengumpulan data melalui *Google Form* berbasis SOP.

2. Frekuensi Pelaksanaan:

Monitoring dilakukan selama tiga hari berturut-turut, yaitu tanggal 7–9 Oktober 2025.

3. Instrumen Evaluasi:

Formulir observasi kepatuhan terhadap pengelolaan limbah medis dan penggunaan APD berdasarkan SOP dan INM.

D. Hasil Monitoring dan Evaluasi

Dalam laporan ini, rata-rata persentase tiap indikator dihitung menggunakan rumus:

$$\text{Rata-rata (\%)} = \frac{\text{Persentase Hari 1} + \text{Persentase Hari 2} + \text{Persentase Hari 3}}{3}$$

Setelah dihitung, hasilnya dikategorikan sesuai standar INM Kemenkes RI, yaitu:

- Baik: $\geq 80\%$
- Sedang: 60–79%
- Kurang: $< 60\%$

1. Kepatuhan Pengelolaan Limbah Medis (INM 3)

Indikator	07/10	08/10	09/10	Rata-rata	Kategori INM
limbah infeksius sesuai SOP	66,7%	83,3%	83,3%	$(66,7 + 83,3 + 83,3) \div 3 = 77,8\%$	Sedang (60–79%)
Limbah noninfeksius sesuai SOP	83,3%	100%	100%	$(83,3 + 100 + 100) \div 3 = 94,4\%$	Baik ($\geq 80\%$)
Limbah tajam sesuai SOP	100%	100%	100%	$(100 + 100 + 100) \div 3 = 100\%$	Baik ($\geq 80\%$)

Keterangan:

Terjadi peningkatan kepatuhan dari hari pertama hingga hari terakhir. Pemilahan limbah noninfeksius dan tajam telah mencapai kategori Baik,

sedangkan limbah infeksius masih pada kategori Sedang (77,8%), sehingga memerlukan pembinaan berkelanjutan.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) (INM 2)

Indikator	07/10	08/10	09/10	Rata-rata	Kategori INM
Penggunaan sarung tangan	66,7%	33,3%	66,7%	$(66,7 + 33,3 + 66,7) \div 3 = 55,6\%$	Kurang (< 60%)
Penggunaan masker	50%	50%	100%	$(50 + 50 + 100) \div 3 = 66,7\%$	Sedang (60–79%)
Penggunaan APD lain (apron/boot)	100%	100%	100%	$(100 + 100 + 100) \div 3 = 100\%$	Baik ($\geq 80\%$)

Keterangan:

Kepatuhan penggunaan masker dan APD tambahan sudah baik dan konsisten, sedangkan penggunaan sarung tangan masih rendah (kategori Kurang) dan perlu pembinaan serta pengawasan rutin.

E. Dampak Pelaksanaan Kegiatan

1. Pemantauan data terdigitalisasi melalui *Google Form*, memudahkan evaluasi.
2. Terpenuhinya indikator mutu nasional sebagai bukti dukungan akreditasi.

F. Identifikasi Hambatan atau Kendala

Jenis Kendala	Dampak	Upaya Penanganan
Beberapa petugas tidak konsisten menggunakan sarung tangan	Potensi risiko infeksi silang	Sosialisasi ulang dan pengawasan ketat dari IPCN dan IPCLN

G. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

1. Melanjutkan monitoring oleh tim PPI
2. Melakukan pembinaan lanjutan tentang penggunaan APD dan pemilahan limbah medis.
3. Menjamin ketersediaan fasilitas limbah dan APD di seluruh unit kerja.
4. Melaksanakan audit kepatuhan bulanan serta pelaporan hasil ke Komite Mutu.
5. Mengembangkan sistem monitoring digital berkelanjutan sesuai indikator INM.

H. Kesimpulan

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi tanggal 7–9 Oktober 2025, dapat disimpulkan bahwa:

1. Pelaksanaan pengelolaan limbah medis di UPT RSUD Sungai Rumbai telah berjalan baik dan sesuai standar akreditasi.
2. Berdasarkan standar INM, indikator limbah noninfeksius dan tajam mencapai kategori Baik ($\geq 80\%$), sedangkan limbah infeksius berada pada kategori Sedang (77,8%).
3. Penggunaan APD (apron dan boot) tergolong Baik, namun kepatuhan sarung tangan dan masker perlu ditingkatkan.
4. Secara umum, penerapan kegiatan ini meningkatkan keselamatan kerja, kebersihan lingkungan, dan mutu pelayanan rumah sakit.

Sungai Rumbai, 15 Oktober 2025

Mengetahui,

Di susun oleh,



Zepri Sandi, S.Kep
NIP. 19780911 200604 1 010



Lusi Wulandari, A.Md. Keb
NIP. 19901128 202505 2 001