



**KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA**

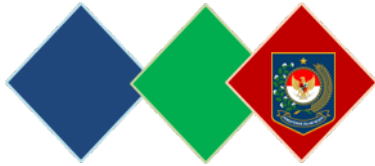
**LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI
PELATIHAN DASAR CALON PEGAWAI NEGERI SIPIL
GOLONGAN III**

**OPTIMALISASI PENATALAKSANAAN PASIEN
EMERGENSI OBSTETRI PREEKLAMPSIA–EKLAMPSIA MELALUI
PEMBUATAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
SIGAP GEMILANG DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA BUKITTINGGI**

Disusun Oleh:

Nama : dr. Ibnu Muttaqin, SpOG
NIP : 19950410 202504 1 002
Jabatan : Dokter Ahli Pertama
Instansi : UPTD RSUD Kota Bukittinggi, Kota Bukittinggi
Kelas/Kelompok : IV
No. Absen : A.27.4.33
Angkatan : XXVII

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



LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

JUDUL : OPTIMALISASI PENATALAKSANAAN PASIEN
EMERGENSI OBSTETRI PREEKLAMPSIA–
EKLAMPSIA MELALUI PEMBUATAN STANDAR
OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) SIGAP
GEMILANG DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA BUKITTINGGI

NAMA : dr. IBNU MUTTAQIN, SpOG
NIP : 19950410 202504 1 002
PANGKAT/GOL : III/b
JABATAN : Dokter Ahli Pertama
INSTANSI : UPTD RSUD Kota Bukittinggi, Kota Bukittinggi
ANGKATAN/KELOMPOK : XXVII/IV
NO. ABSEN : A.27.4.33

Disahkan berdasarkan Seminar Aktualisasi yang dilaksanakan pada tanggal 21 November 2025 di Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia Kementerian Dalam Negeri

Bukittinggi, 21 November 2025

Coach,

Penguji

Liga Oktafia, S.STP, M.Si

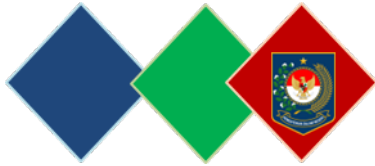
NIP. 199110072012062001

Dessy Narulita, S.E, M.T

NIP. 197312082003122003

Mengetahui
Kepala Pusat
Pengembangan Sumber Daya Manusia
Kementrian Dalam Negeri
Regional Bukittinggi

SARJAYADI, SS, M.A.P
NIP.19700304199603100



**BERITA ACARA
SEMINAR LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI**

Pada Hari : Jum'at
Tanggal : 21 November 2025
Pukul : 08.00-Selesai
Tempat : PPSDM Bukittinggi

Telah diseminarkan Laporan Pelaksanaan Aktualisasi Latsar CPNS Angkatan XXVII Tahun 2025

JUDUL : OPTIMALISASI PENATALAKSANAAN PASIEN
EMERGENSI OBSTETRI PREEKLAMPSIA–
EKLAMPSIA MELALUI PEMBUATAN STANDAR
OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) SIGAP
GEMILANG DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA BUKITTINGGI

DISUSUN OLEH : dr. IBNU MUTTAQIN, SpOG
KELAS/KELOMPOK : IV
NOMOR PRESENSI : A27.4.31
INSTANSI : PEMERINTAH KOTA BUKITTINGGI
JABATAN : DOKTER AHLI PERTAMA

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

Coach

PESERTA,

Liga Oktafia, S.STP, M.Si

NIP. 199110072012062001

dr. IBNU MUTTAQIN, SpOG

NIP. 19950410 202504 1 002

PENGUJI,

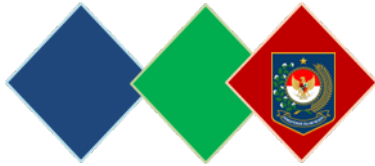
MENTOR,

Desy Narulita, S.E., M.T

NIP. 19731208 200312 2 003

dr. Yefa Karmidoza, Sp.KKLP

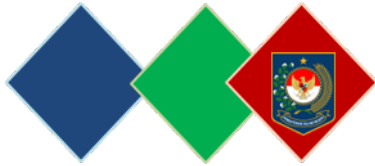
NIP. 19740328 200501 2 006



KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, karunia, dan kesempatan yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Pelaksanaan Aktualisasi Pelatihan Dasar CPNS dengan judul “Optimalisasi Penatalaksanaan Pasien Emergensi Obstetri Preeklamsia–Eklampsia Melalui Pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) SIGAP GEMILANG Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi.” Dokumen ini tidak hanya menjadi bagian dari pemenuhan kewajiban dalam proses Latsar CPNS, tetapi juga dirancang sebagai sebuah karya nyata yang dapat memberikan kontribusi langsung terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya dalam penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri di RSUD Kota Bukittinggi.

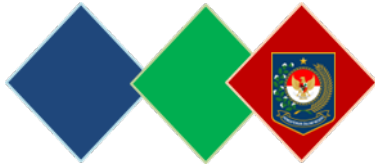
Penatalaksanaan pasien Emergensi Obstetri, khususnya kasus Preeklamsia–Eklampsia, merupakan indikator krusial dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Namun, kegiatan vital ini masih menghadapi berbagai tantangan, salah satunya adalah belum optimalnya standar dan prosedur penanganan yang seragam dan cepat. Melalui rancangan ini, penulis berupaya menghadirkan solusi yang sistematis dan aplikatif untuk mengatasi permasalahan tersebut. Harapannya, langkah aktualisasi ini dapat membantu mewujudkan penanganan pasien Emergensi Obstetri yang lebih cepat, tepat, dan terstandar, sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas layanan rumah sakit secara keseluruhan. Lebih dari itu, laporan pelaksanaan



aktualisasi ini juga menjadi sarana pembelajaran dalam menginternalisasikan nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK ke dalam praktik kerja sehari-hari sebagai wujud komitmen terhadap pelayanan publik yang profesional.

Penyusunan dokumen ini tentu tidak terlepas dari dukungan, arahan, dan bimbingan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia (PPSDM) Regional Bukittinggi sebagai Penyelenggara Pelatihan Dasar CPNS 2025
2. Bapak Sarjayadi, SS, M.A.P. selaku Kepala Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia (PPSDM) Kemendagri Regional Bukittinggi
3. Ibu dr. Muryani Dhatri, M. Kes. Selaku Direktur RSUD Kota Bukittinggi
4. Ibu Yuniara Simanjorang, S.STP, M.A.P. selaku coach yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyusunan Laporan pelaksanaan aktualisasi
5. Ibu dr. Yefa Karmidoza selaku Kepala bidang pelayanan dan penunjang medis RSUD kota Bukittinggi sekaligus selaku mentor yang telah bersedia memberikan arahan dan bimbingan untuk menulis laporan pelaksanaan aktualisasi ini.
6. Seluruh panitia dan penyelenggara Pelatihan Dasar CPNS Golongan III Angkatan XXII Tahun 2025
7. Seluruh pejabat dan pegawai di lingkungan RSUD Kota Bukittinggi.
8. Teman-teman seperjuangan yang saling menguatkan satu sama lain



9. Keluarga tercinta yang senantiasa memberikan doa terbaik dan motivasi kepada penulis

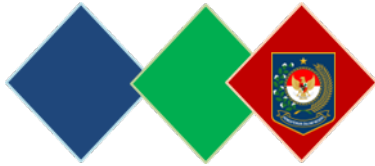
Akhir kata, penulis berharap rancangan ini tidak hanya bermanfaat sebagai syarat akademis dalam pelatihan dasar CPNS, tetapi juga dapat menumbuhkan kesadaran dan komitmen kolektif rekan sejawat untuk terus meningkatkan mutu pelayanan. Semoga karya sederhana ini menjadi pijakan awal untuk melahirkan inovasi dan upaya perbaikan berkelanjutan lainnya yang mampu memperkuat kesiapsiagaan dan kualitas penatalaksanaan pasien emergensi obstetri di RSUD Kota Bukittinggi, demi mewujudkan keselamatan ibu dan bayi yang optimal.

Baso, 21 November 2025

Peserta,

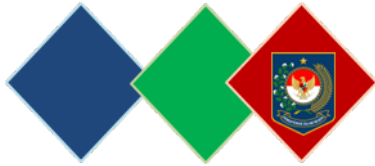
dr. IBNU MUTTAQIN, SpOG.

NIP. 19950410 202504 1 002

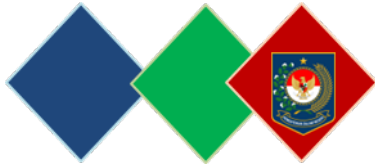


DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI	i
BERITA ACARA SEMINAR LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan	3
C. Ruang Lingkup.....	4
BAB II PROFIL INSTANSI DAN PESERTA.....	7
A. Profil Instansi.....	7
B. Profil Peserta	15
BAB III RANCANGAN AKTUALISASI.....	18
A. Deskripsi Isu	18
1) Belum Optimalnya Penatalaksanaan Pasien Emergensi Preeklamsia-Eklampsia di RSUD Kota Bukittinggi.....	18

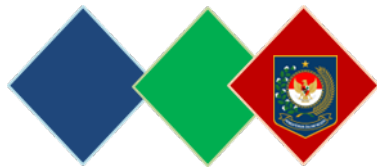


B.	Dampak dan pihak yang terkena dampak	22
C.	Keterkaitan dengan substansi mata pelatihan agenda III.....	24
D.	Analisis Core Isu	25
E.	Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu.....	27
BAB IV RENCANA JADWAL KEGIATAN AKTUALISASI.....		31
A.	Matriks Jadwal Kegiatan Aktualisasi.....	31
B.	Matrik Pelaksanaan Aktualisasi	32
C.	Matrik Rekapitulasi Realisasi Habituasi NND PNS (berAKHLAK) ..	65
D.	Capaian Penyelesaian Isu	66
E.	Manfaat Terlesainya Core isu.....	67
F.	Rencana Tindakan Lanjutan hasil aktualisasi	69
BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI		71
A.	Kesimpulan.....	71
B.	Rekomendasi.....	72
DAFTAR PUSTAKA.....		74



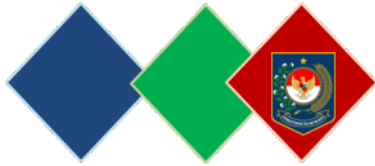
DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Gedung RSUD Kota Bukittinggi.....	7
Gambar 2. Struktur Organisasi RSUD Kota Bukittinggi.....	9
Gambar 3. Foto Peserta	15
Gambar 4. SOP Penanganan Preeklamsia-Eklampsia	21



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Skala Penilaian USG (1-5)	2626
Tabel 2. Penilaian USG	27
Tabel 3. Rencana Jadwal Kegiatan Aktualisai... Error! Bookmark not defined.	0
Tabel 4. Matriks Rancangan Aktualisasi	31
Tabel 5. Matrik Rekapitulasi realisasi Habituasi NND PNS (berAKHLAK)	66
Tabel 6. Analisis USG	67
Tabel 7. Capaian penyelesaian Core Isu	67
Tabel 8. Rencana Tindakan lanjutan hasil Aktualisasi	70



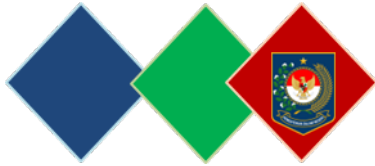
BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

RSUD Kota Bukittinggi merupakan rumah sakit umum daerah yang relatif baru, telah beroperasi sekitar lima tahun terakhir dan kini bertransformasi sebagai rumah sakit berbasis Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai Peraturan Walikota Nomor 8 Tahun 2023. Status sebagai institusi yang sedang berkembang ini menghadirkan tantangan serius dalam upaya mewujudkan standar pelayanan yang optimal. Tantangan tersebut meliputi keterbatasan dalam aspek sumber daya manusia (SDM) spesialis, kelengkapan fasilitas, hingga penyempurnaan sistem tata kelola pelayanan.

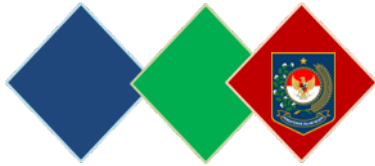
Secara spesifik di bidang pelayanan Obstetri dan Ginekologi, permasalahan yang dihadapi memiliki dampak ganda, baik dari segi klinis maupun administratif. Keterbatasan tenaga dokter spesialis dan fakta bahwa sebagian besar tenaga kesehatan (nakes) memiliki latar belakang puskesmas dengan pengalaman terbatas dalam penanganan persalinan komprehensif, secara langsung memengaruhi mutu pelayanan. Hal ini terlihat jelas dalam penanganan kasus risiko tinggi, terutama kasus Emergensi Obstetri Preeklamsia–Eklampsia. Ketidaktatalaksanaan kasus ini berpotensi fatal, sebab Preeklamsia–Eklampsia merupakan salah satu penyumbang utama Angka Kematian Ibu (AKI) (Kemenkes RI, 2023).



Selain tantangan klinis, aspek administrasi juga terganggu. Belum optimalnya penatalaksanaan tersebut juga berimbas pada kelengkapan dan keakuratan dokumentasi rekam medis, khususnya pengisian Partograf dan Resume Medis. Ketidakakuratan atau ketidaklengkapan dokumentasi ini memiliki konsekuensi serius terhadap keberlanjutan operasional rumah sakit. Klaim BPJS sebagai sumber utama pendapatan BLUD RSUD Kota Bukittinggi seringkali menghadapi hambatan atau penolakan (pending klaim) akibat adanya ketidakakuratan pengisian Partograf dan Resume Medis.

Berdasarkan kondisi tersebut, penulis mengidentifikasi adanya kebutuhan mendesak untuk mengoptimalkan penatalaksanaan pasien Emergensi Obstetri Preeklamsia–Eklampsia melalui perbaikan sistem, prosedur, dan kompetensi SDM di RSUD Kota Bukittinggi. Melalui kegiatan Aktualisasi pada Pelatihan Dasar CPNS tahun 2025 ini, penulis berupaya menghadirkan solusi berupa penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang terstandar dan aplikatif, peningkatan kapasitas nakes melalui pelatihan/sosialisasi, serta perbaikan sistem dokumentasi (Partograf/Resume Medis) yang terintegrasi. Hal ini bertujuan untuk:

1. Meningkatkan kualitas dan kecepatan penanganan klinis pasien Preeklamsia–Eklampsia, sehingga dapat menurunkan risiko kematian ibu dan bayi.
2. Memastikan kelengkapan dan keakuratan dokumentasi medis agar klaim BPJS dapat berjalan lancar dan mendukung keberlanjutan finansial RSUD Kota Bukittinggi sebagai BLUD.

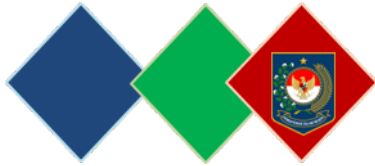


Dengan demikian, isu "Belum Optimalnya Penatalaksanaan Pasien Emergensi Obstetri (Preeklamsia–Eklampsia) di RSUD Kota Bukittinggi" sangat relevan dan mendesak untuk diangkat sebagai fokus Aktualisasi dalam rangka menginternalisasi nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK dan memberikan kontribusi nyata terhadap peningkatan mutu pelayanan publik di rumah sakit.

B. Tujuan

Tujuan penyusunan rancangan aktualisasi ini adalah sebagai berikut:

1. Menginternalisasi dan mengimplementasikan nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) dalam pelaksanaan tugas dan fungsi sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil di RSUD Kota Bukittinggi.
2. Menggambarkan solusi sistemik terhadap permasalahan belum optimalnya penatalaksanaan pasien Emergensi Obstetri, khususnya Preeklamsia–Eklampsia, sebagai kontribusi nyata terhadap peningkatan mutu layanan kesehatan.
3. Mengidentifikasi, merancang, dan menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) Emergensi yang baku dan berbasis bukti (POGI/Kemenkes) untuk penanganan Preeklamsia–Eklampsia dalam bentuk sistem yang mudah dipahami (Sistem Intervensi Gawat Preeklampsia-Eklampsia GEMILANG/SIGAP GEMILANG).
4. Menjelaskan dan memprediksi peningkatan keseragaman dan kecepatan respons tim medis dalam penanganan kasus Preeklamsia–Eklampsia



melalui sosialisasi dan implementasi SOP SIGAP GEMILANG di IGD/VK RSUD Kota Bukittinggi.

5. Meningkatkan kompetensi dan kesiapan tenaga kesehatan (dokter umum, perawat, bidan) dalam penggunaan SOP tersebut untuk memitigasi risiko morbiditas dan mortalitas ibu akibat keterlambatan penanganan fase kritis Preeklamsia-Eklampsia.

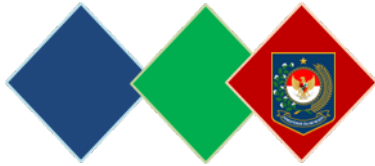
C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam rancangan aktualisasi ini dibatasi pada beberapa hal sebagai berikut:

1. Materi yang Dikaji

Fokus utama adalah pada isu prioritas "Belum Optimalnya Penatalaksanaan Pasien Emergensi Obstetri (Preeklamsia–Eklampsia) di RSUD Kota Bukittinggi". Materi intervensi yang dikaji dan diimplementasikan meliputi:

- a. Penyusunan dan validasi Standar Operasional Prosedur (SOP) berbasis bukti klinis (POGI/Kemenkes) untuk penanganan Preeklamsia–Eklampsia, yang diberi nama "SIGAP GEMILANG."
- b. Pengembangan media informasi dan alat bantu (seperti flowchart dan job aid) untuk SOP tersebut.
- c. Pelaksanaan sosialisasi/pelatihan singkat mengenai SOP baru kepada tenaga kesehatan terkait.



2. Subjek yang Terlibat

Subjek yang menjadi fokus observasi dan intervensi adalah Tenaga Kesehatan yang bertugas di unit pelayanan gawat darurat dan obstetri, meliputi: dokter Umum, bidan, perawat, penulis (sebagai pelaksana), serta mentor dan pimpinan RSUD (sebagai stakeholder pendukung).

3. Lokasi Aktualisasi

Seluruh kegiatan aktualisasi akan dilaksanakan di RSUD Kota Bukittinggi, dengan lokasi utama intervensi pada unit pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan Kamar Bersalin (VK)/Kamar Operasi

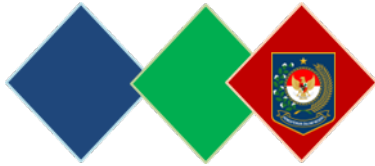
4. Variabel yang Diamati

Variabel yang akan diamati untuk mengukur keberhasilan aktualisasi meliputi:

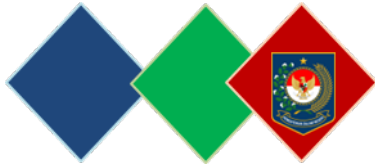
- a. Keberadaan dan Keteraksesan SOP Baku (Output berupa SOP SIGAP GEMILANG yang tervalidasi).
- b. Tingkat Pemahaman Tenaga Kesehatan terhadap SOP (diukur melalui pre-test/post-test atau feedback setelah sosialisasi).
- c. Kesiapan Sarana Pendukung (Contoh: Keterisian dan kelengkapan troli emergensi, khususnya obat-obatan penyelamat nyawa seperti MgSO_4).

5. Waktu Pelaksanaan

Kegiatan aktualisasi akan dilaksanakan selama periode Habitulasi/Aktualisasi Pelatihan Dasar CPNS yang telah ditetapkan, yaitu berlangsung selama kurang lebih 30 hari kerja.



Dengan ruang lingkup yang telah ditetapkan tersebut, rancangan aktualisasi ini diharapkan dapat memberikan hasil yang terukur dan relevan dalam peningkatan kecepatan dan ketepatan penanganan klinis. Lebih dari itu, implementasi SOP SIGAP GEMILANG dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan diharapkan dapat menjadi acuan bagi perbaikan berkelanjutan dalam sistem penatalaksanaan pasien Emergensi Obstetri (Preeklamsia–Eklampsia), sekaligus berkontribusi signifikan terhadap penurunan angka morbiditas dan mortalitas ibu di RSUD Kota Bukittinggi.



BAB II

PROFIL INSTANSI DAN PESERTA

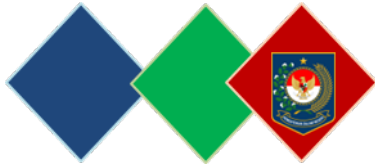
A. Profil Instansi

1) Gambaran Umum dan Gambar Instansi

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi merupakan satuan Kerja Perangkat Kerja Daerah bidang pelayanan medis dan kesehatan rumah sakit, dipimpin oleh Direktur yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab Kepada Kepala Daerah kota bukittinggi melaui Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi. RSUD Kota Bukittinggi Milik Pemerinath kota Bukittinggi denga klasifikasi kelas C. Status pengelolaan RSUD Kota Bukittinggi adalah Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Direktur RSUD kota Bukittinggi adalah dr. Muryani Datri, M. Kes. berlokasi Di jalan By Pass Gulai Bancah Kelurahan Kubu Gulai Bancah, KecamatanMandiangin koto Selayan, Kota Bukittinggi, Sumatera Barat.



Gambar 1. Gedung RSUD Kota Bukittinggi



Gambar 1 Gambar Gedung RSUD Kota Bukittinggi.

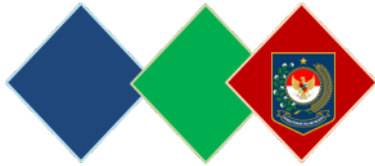
Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Bukittinggi yang ada di Kota Bukittinggi. Keberadaan sumber daya manusia yang terdiri dari Dokter Spesialis dan Konsultan serta tenaga paramedis yang terlatih sesuai dengan kompetensinya. Dalam system perencanaan pembangunan nasional menjelaskan bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan upaya Kesehatan, pembiayaan Kesehatan, sumber daya manusia Kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, Manajemen dan informasi kesehatan, serta Pemberdayaan Masyarakat

2) Visi dan Misi

Visi RSUD Kota Bukittinggi yaitu

**“RUMAH SAKIT PEMBERI LAYANAN YANG BERNUANSIA WISATA
UNTUK MASYARAKAT DAN WISATAWAN ”.**

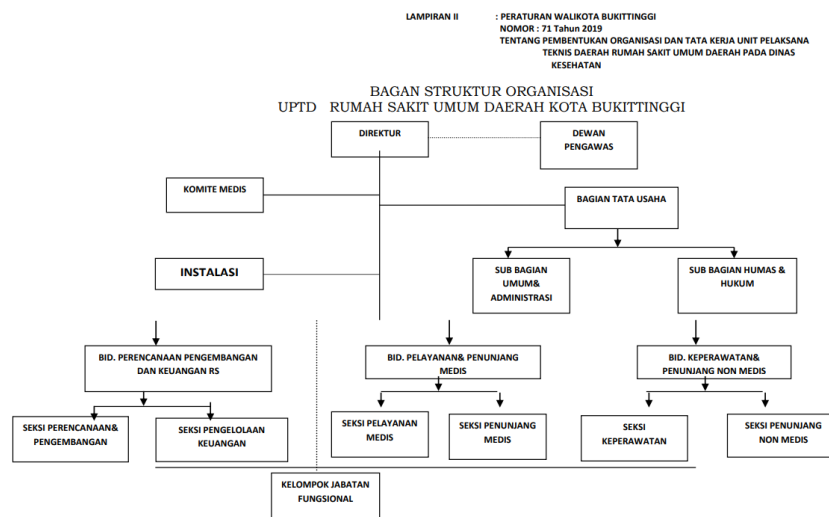
Untuk mencapai visi tersebut, RSUD Kota Bukittinggi menetapkan misi sebagai berikut:



- a. Pemberian pelayanan kesehatan secara holistik promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative;
- b. Pemberian layanan kuratif dan Rehabilitatif senantiasa bernuansa wisata;
- c. Pengembangan kemitraan dalam pembiayaan kesehatan

3) Struktur Organisasi RSUD Kota Bukittinggi

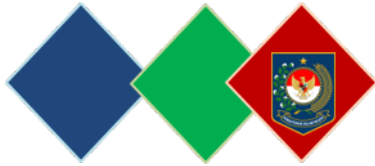
Berikut ini adalah struktur organisasi RSUD Kota Bukittinggi:



Gambar 2. Struktur Organisasi RSUD Kota Bukittinggi

a. Direktur RSUD Kota Bukittinggi

Direktur RSUD Kota Bukittinggi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah, dengan tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan di rumah sakit serta fungsi meliputi perumusan kebijakan teknis, pengelolaan pelayanan kesehatan dan urusan ketatausahaan, pembinaan seluruh unit rumah sakit, pembagian tugas kepada bawahan sesuai ketentuan dan



bidangnya, serta penyampaian laporan kegiatan rutin maupun berkala kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

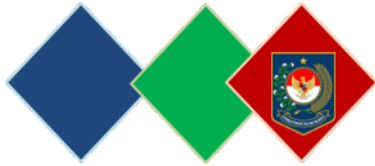
b. Bagian Tata Usaha

Bagian Tata Usaha RSUD dipimpin oleh Kepala Bagian yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur, dengan tugas pokok mengelola penyusunan program kerja, kepegawaian, dokumen administrasi, rancangan peraturan/regulasi terkait pelayanan kesehatan, kegiatan hukum, pendidikan dan pelatihan pegawai, serta tugas umum rumah sakit. Fungsinya meliputi pengelolaan surat-menyurat, perlengkapan, urusan umum dan ketatausahaan; pemasaran dan kehumasan; kegiatan hukum dan kemitraan; kepegawaian serta pengembangan SDM; penyusunan regulasi pelayanan kesehatan; penyampaian laporan rutin maupun berkala; serta pelaksanaan tugas lain sesuai bidang yang diberikan pimpinan.

c. Keuangan Perencanaan, Pengembangan dan Keuangan

Bidang Perencanaan, Pengembangan, dan Keuangan RSUD dipimpin oleh Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur, dengan tugas pokok menyelenggarakan kegiatan perencanaan, pengembangan, dan keuangan rumah sakit serta mengelola perlengkapan rumah sakit.

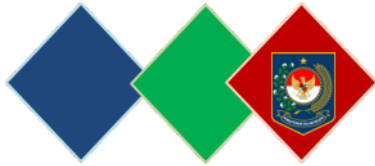
Fungsinya meliputi perencanaan dan pengkoordinasian penyusunan program, anggaran, sistem informasi, pelaporan, serta



pengembangan rumah sakit; penyelenggaraan, supervisi, bimbingan teknis, dan penelitian terkait kegiatan perencanaan; pengelolaan urusan keuangan, penyusunan anggaran, pembukuan, verifikasi, perhitungan, perbendaharaan, serta laporan keuangan; pengelolaan perlengkapan sarana dan prasarana meliputi perencanaan, pengawasan, pemeliharaan, registrasi, pencatatan, dan pelaporan; pembagian tugas dan arahan kepada bawahan; penyampaian laporan rutin maupun berkala kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha; serta pelaksanaan tugas lain sesuai bidang yang diberikan pimpinan.

d. Bidang Pelayanan Dan Penunjang Medis

Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis RSUD dipimpin oleh Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur, dengan tugas pokok menyelenggarakan pengelolaan pelayanan dan penunjang medis di rumah sakit. Fungsinya meliputi perencanaan program pelayanan medis dan penunjang, fasilitas pelayanan serta pengendalian mutu; pengkoordinasian dan penyelenggaraan pelayanan medis dan penunjang; pengawasan, pembinaan, penilaian, dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan; supervisi dan bimbingan teknis; penyelidikan dan penelitian terkait mutu pelayanan kesehatan; penyampaian laporan rutin maupun berkala kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha;



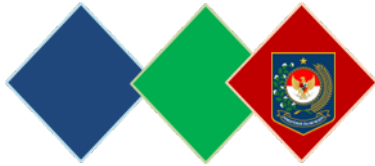
pembagian tugas serta pemberian arahan kepada bawahan; serta pelaksanaan tugas lain sesuai bidang yang diberikan pimpinan.

e. Bidang keperawatan dan Penunjang Non Medis

Bidang Keperawatan dan Penunjang Non Medis RSUD berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dengan tugas melaksanakan pengelolaan perencanaan, pengembangan, monitoring, dan evaluasi pelayanan keperawatan serta penunjang non medis. Fungsinya mencakup perencanaan program pelayanan keperawatan, fasilitas pelayanan, dan pengendalian mutu; pengkoordinasian serta penyelenggaraan pelayanan keperawatan dan penunjang non medis; pengawasan, pembinaan, penilaian, dan evaluasi kegiatan; supervisi dan bimbingan teknis; penyelidikan dan penelitian terhadap pelaksanaan pelayanan; penyampaian laporan rutin maupun berkala kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha; pembagian tugas serta pemberian arahan kepada bawahan; serta pelaksanaan tugas lain yang diberikan pimpinan sesuai bidangnya.

4) Tugas dan Fungsi

RSUD Kota Bukittinggi merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah bidang pelayanan medis dan kesehatan rumah sakit, dipimpin oleh Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala daerah Kota Bukittinggi melalui Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi. Tugas pokok dan fungsi RSUD mengacu pada Peraturan Daerah Nomor



47 tahun 2020 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Kota Bukittinggi .

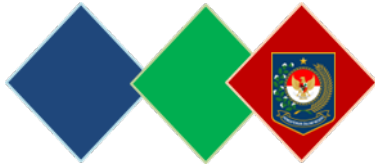
a. Tugas Pokok

Menurut Peraturan Daerah Nomor 47 tahun 2020 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Kota Bukittinggi Provinsi Sumatera Barat. mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan supaya berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan serta pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit.

b. Fungsi

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagai dimaksud diatas maka Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi, mempunyai fungsi:

- Menyelenggarakan Pelayanan Medis;
- Menyelenggarakan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis;
- Menyelenggarakan Pelayanan Asuhan Keperawatan;
- Menyelenggarakan Pelayanan Rujukan;
- Menyelenggarakan Pendidikan dan Latihan;
- Menyelenggarakan Penelitian dan Pengembangan;
- Menyelenggarakan Pelayanan Umum dan Keuangan



5) Nilai-Nilai Organisasi

Nilai yang di anut oleh RSUD Kota Bukittinggi yaitu “ WISATA”

a. W = Welcome

RSUD Kota Bukittinggi menerima dengan hati yang terbuka dan penuh keramahan segala pelayanan kesehatan yang mengutamakan 5 S (Senyum, Salam, Sapa, Sopan dan Santun), juga memberikan pelayanan fasilitas lainnya seperti Mall, Hotel, Restoran sebagai “*One Stop Services Hospital*”

b. I = Interesst

Pelayanan yang diberikan penuh dengan perhatian dan kewaspadaan sehingga dapat menjamin keselamatan bagi pasien dan keluarganya serta petugas rumah sakit, agar terhindar dari bahaya dan ancaman yang mengganggu

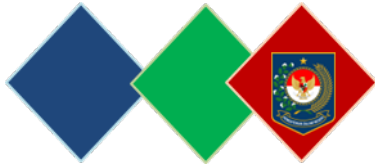
c. S = Safety

Dalam setiap pelayanan safety atau kemanan menjadi ciri dalam setiap melakukan prosedur tindakan dan pelayanan kepada pasien

d. A = Accurate

Segala tindakan kami tepat sasaran dalam memberikan pelayanan pengobatan terhadap pasien. Akurat baik waktu, tenaga serta kenyamanan dan kesembuhan pasien

e. T = Time



Respon melayani dengan cepat kepada semua pengunjung rumah sakit selama 24 jam tanpa henti.

f. A = Availablity

RSUD Kota Bukittinggi menyediakan segala kebutuhan baik untuk pasien dan keluarga atau pengunjung berupa restoran, hotel, pijat refleksi, mall tempat belanja dan bioskop

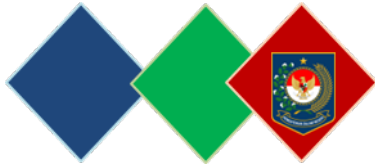
B. Profil Peserta

1) Data Pribadi Peserta



Gambar 3. Foto Peserta

Nama lengkap	: dr. Ibnu Muttaqin, SpOG
NIP	: 199504102025041002
Tempat/Tanggal Lahir	: Padang/10 April 1995
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Jabatan	: Dokter Ahli Pertama
Pangkat/Golongan	: III/b
Instansi	: UPTD RSUD Kota Bukittinggi, Kota Bukittinggi



Pendidikan Terakhir : Spesialis 1 Obstetri dan Ginekologi, FK
UNAND

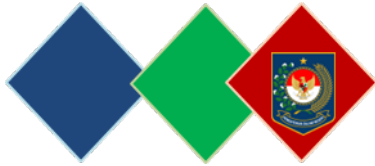
Alamat : Jl Perwira No 33, Belakang Balok, Aur
Birugo Tigo Baleh, Kota Bukittinggi

Email : lbnu222@gmail.com

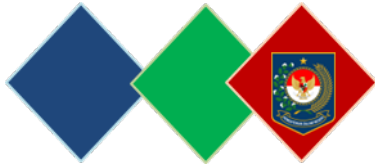
2) Tugas Pokok dan Fungsi

Jabatan Dokter Ahli Pertama di UPTD RSUD Kota Bukittinggi bertugas melaksanakan pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Adapun rincian kegiatan Dokter yang sesuai dengan jenjang jabatan Dokter Ahli Pertama menurut Badan Kepegawaian daerah melalui keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara adalah:

- a. Melakukan pelayanan medik umum dan spesialisasi rawat jalan tingkat pertama
- b. Melakukan tindakan khusus tingkat sederhana dan sedang oleh Dokter umum
- c. Melakukan tindakan spesialisasi tingkat sederhana dan sedang
- d. Melakukan Tindakan darurat medik/pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K) tingkat sederhana
- e. Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap



- f. Melakukan pemulihan mental tingkat sederhana dan kompleks tingkat 1
- g. Melakukan pemulihan fisik tingkat sederhana dan kompleks tingkat 1
- h. Melakukan pemeliharaan kesehatan ibu, bayi dan balita, serta anak
- i. Melakukan pelayanan keluarga berencana, imunisasi, dan pelayanan gizi
- j. Mengumpulkan data dalam rangka pengamatan epidemiologi penyakit
- k. Melakukan penyulhan medik
- l. Membuat catatan medik rawat jalan dan rawat inap
- m. Melayani atau menerima konsultasi dari luar atau keluar serta dari dalam
- n. Menguji Kesehatan individu



BAB III

RANCANGAN AKTUALISASI

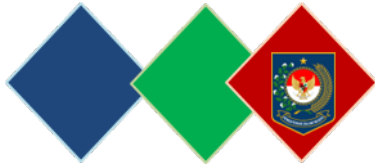
A. Deskripsi Isu

Belum Optimalnya Penatalaksanaan Pasien Emergensi Preeklamsia-Eklampsia di RSUD Kota Bukittinggi

a) Kondisi saat ini :

Kasus preeklamsia dan eklampsia masih menjadi salah satu penyebab utama morbiditas maternal di Kota Bukittinggi. Berdasarkan data pelayanan di RSUD Kota Bukittinggi selama tahun 2024, jumlah pasien emergensi dengan diagnosis preeklamsia dan eklampsia menunjukkan tren yang signifikan. Kondisi ini diperkuat dengan data RS Achmad Mochtar Bukittinggi (RSAM) yang mencatat 42 kasus preeklamsia dari 256 ibu hamil ($\approx 16,4\%$) (RSAM, 2024). Situasi ini memberi gambaran bahwa Kota Bukittinggi masih menghadapi beban tinggi terkait komplikasi hipertensi dalam kehamilan.

Fakta ini diperkuat dengan data internal RSUD Kota Bukittinggi yang menunjukkan konsistensi kasus Preeklamsia Berat (PEB) yang dirawat. Berdasarkan rekapitulasi pasien Obgyn periode Januari hingga Agustus 2025 (RSUD Kota Bukittinggi, 2025), tercatat total 28 kasus PEB dengan distribusi bulanan: Januari (3 kasus), Februari (3 kasus), Maret (3 kasus), April (4 kasus), Mei (4 kasus), Juni (2 kasus), Juli (4 kasus), dan Agustus (5 kasus).

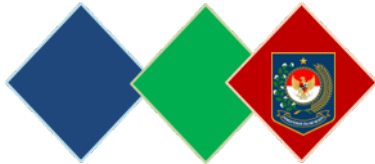


Di RSUD Kota Bukittinggi, penanganan kasus sering terkendala oleh beberapa faktor yang menunjukkan SOP lama belum optimal:

1. SOP emergensi yang belum seragam. SOP yang ada, yang diterbitkan pada 21 Januari 2021, meskipun memuat prosedur diagnosis dan terapi yang komprehensif, sulit diakses. SOP ini hanya tersedia dalam bentuk fisik di dalam map dan tidak tersedia langsung di meja kerja, dinding, atau lokasi strategis IGD/VK. Akibatnya, saat ada pasien Preeklampsia–Eklampsia, tenaga kesehatan sulit dan lambat mengakses panduan tersebut. Berikut ini adalah contoh SOP penanganan Preeklampsia–Eklampsia yang sudah ada

 RSUD BUKITTINGGI	PENANGANAN PRE-EKLAMPSI/ EKLAMPSI		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	001/SPO/KEB/1/2 021	0	1/8
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 21 Januari 2021	Ditetapkan Oleh: Direktur Direktur RSUD Bukittinggi	
PENGERTIAN	1. Pre-eklampsia adalah timbulnya hipertensi, proteinuria dan edem akibat kehamilan, setelah kehamilan > 20 minggu atau segerasetelahpersalinan. 2. Eklamsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang dan atau koma. Sebelum wanita hamil tadi menunjukkan tanda-tanda preklampsia.		
TUJUAN	Agar pasien Pre-eklampsia/ eklampsia mendapat penanganan yang optimal		
KEBIJAKAN	• Penatalaksanaan Pre-eklampsia/Eklampsia berdasarkan standar pelayanan medis yang disusun oleh SMF RSUD Bukittinggi. • Kasus kehamilan ektopik terganggu dapat di tangani oleh Dokter Kandungan bila diperlukan konsultasi dengan dokter spesialis lain yang terkait.		
PROSEDUR	1. Kriteria diagnosis 1.1 Hamil lima bulan atau lebih 1.2 Kaki terasa bengkak 1.3 Tekanan darah diatas normal 1.4 pemeriksaan obstetri : besar rahim sesuai dengan usia kehamilan, atau lebih kecil apabila ada PJT (pertumbuhan janin terlambat) 1.5 Edem, proteinuria dan hipertensi. 1.6 Pada eklampsia ditambah dengan kejang dan atau koma. 1.7 Pre-eklampsia ringan : didasarkan atas timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edem setelah kehamilan 20 minggu. 1.8 Pre-eklampsia berat : apabila ditemukan satu atau		

 RSUD BUKITTINGGI	PENANGANAN PRE-EKLAMPSI/ EKLAMPSI		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	001/SPO/KEB/1/2 021	0	2/8
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Oleh:	
	21 Januari 2021	Direktur	
	Direktur RSUD Bukittinggi		
PROSEDUR	beberapa gejala dibawah ini : Tekanan darah sistolik lebih atau sama dengan 160 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih atau sama dengan 110 mmHg. 1.9 Pre-eklampsia ringan : didasarkan atas timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edem setelah kehamilan 20 minggu 1.10 Oliguria, yaitu produk urine kurang dari 500 ml/ 24 jam yang disertai kenaikan kadar kreatinin plasma 1.11 Gangguan visus atau cerebral 1.12 Nyeri pada epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen 1.13 Pertumbuhan janin intra uterine terlambat 1.14 Ada sindrom HELLP (H : hemolysis, EL : Elevated liver enzyme, LP : Low platelet count) 1.15 Eklampsia : Kejang dan atau koma tanpa kelainan neurologik, pada wanita dalam kehamilan, persalinan atau nifas dengan tanda-tanda preklampsia berat lainnya. 2. Pemeriksaan penunjang : 2.1 Laboratorium : Protein urin, Hb, Ht Trombosit, asam urat, fungsi ginjal dan fungsi hati. 3. Diagnosa banding : 3.1 Hipertensi menahun, kelainan ginjal dan epilepsi. 4. Terapi : 4.1 Pre-eklampsia ringan 4.1.1 Rawat jalan 4.1.1.1 Banyak istirahat dengan tidur miring 4.1.1.2 Diet cukup protein, rendah karbohidrat, rendah lemak dan garam 4.1.1.3 Sedativa ringan seperti luminal 3 X 30 mg atau valium 3 X 2 mg Kunjungan ulang setiap minggu		

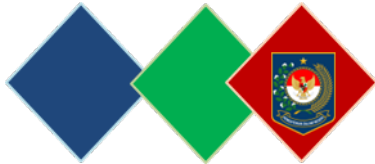


	PENANGANAN PRE-EKLAMPSI/ EKLAMPSI		
	No. Dokumen 001/SPO/KEH/1/2 021	No. Revisi 0	Halaman 5/8
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 21 Januari 2021	Ditetapkan Oleh: Direktur	
	Direktur RSUD Bukittinggi		
PROSEDUR	7.2.1.4 Amniotomi. 7.2.2 Sekesio Caesarea bila induksi persalinan gagal yaitu 12 jam sejak dimulai infus oksitosin belum masuk fase aktif 7.2.3 Bila sudah inpartu : 7.2.3.1 Kala I : fase laten : Sekesio Caesarea 7.2.3.2 Fase aktif : Amniotomi, bila kemudian pembukaan belum lengkap, sekseio caesarea. 7.2.3.3 Kala II : Persalinan pervaginam, dibantu ekstrak vakum. 7.3 Perawatan konservatif : 7.3.1 Indikasi : kehamilan preterm (< 37 minggu) tanpa disertai tanda-tanda impending eklampsi dengan keadaan janin baik 7.3.2 Pengobatan medikamentosa : sama dengan pengobatan pada perawatan aktif 7.4 Pengobatan obstetri : 7.4.1 Selama perawatan konservatif dilakukan observasi dan evaluasi sama dengan perawatan aktif, hanya disini tidak dilakukan terminasi 7.4.2 Bila setelah 24 jam tidak ada perbaikan dianggap pengobatan gagal dan dilakukan terminasi 7.5 Perawatan eklampsi : Pengobatan medikamentosa : 7.5.1 Obat anti kejang infus dextrose 5 % ditambah dengan 40 mg Valium 20 tetes/mnt, bila kejang diberikan injeksi valium secara bolus.		

	PENANGANAN PRE-EKLAMPSI/ EKLAMPSI		
RSUD BUKITTINGGI	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	001/SPO/KEB/1/2 021	0	3/8
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 21 Januari 2021	Ditetapkan Oleh: Direktur	
		Direktur RSUD Bukittinggi	
PROSEDUR	4.1.2 Rawat Inap 4.1.2.1 Pada kehamilan pre-term (37 minggu) Bila tekanan darah normal selama perawatan, persalinan ditunggu sampai aterm 4.1.2.2 Bila tekanan darah turun tidak sampai normal, kehamilan diterminal pada usia kehamilan 37 minggu 4.1.2.3 Pada kehamilan aterm (37 minggu) persalinan ditunggu spontan atau dipersalinan pada tanggal taksiran persalinan. Persalinan dapat dilakukan spontan atau kalau perlu memperpendek partus kala II dengan ekstraksi vakum. 4.2 Pre-eklamps berat 4.1 Segera dirawat dan ditentukan jenis perawatan tindakan yang akan diambil, aktif atau konservatif. 4.2 Tindakan aktif : kehamilan diakhiri bersama dengan pengobatan medisina. 4.3 Tindakan konservatif : kehamilan tetap dipertahankan bersama dengan pengobatan medikamentosa. 5. Perawatan : 5.1 Perawatan aktif Indikasi : bila didapatkan satu atau lebih keadaan dibawah ini. 5.1.1 Pada ibu : 5.1.1.1 Kehamilan lebih dari 37 minggu 5.1.1.2 Adanya tanda-tanda/ gejala impending eklamps 5.1.1.3 Kegagalan perawatan konservatif 5.1.1.3.1 Dalam waktu 6 jam setelah pengobatan tekanan darah naik		

 RSUD BUKITTINGGI	PENANGANAN PRE-EKLAMPSI/ EKLAMPSI		
	No. Dokumen 001/SPO/KEB/1/2 021	No. Revisi 0	Halaman 4/8
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 21 Januari 2021	Ditetapkan Oleh: Direktur Direktur RSUD Bukittinggi	
PROSEDUR	5.1.1.3.2 Setelah 24 jam pengobatan tidak ada perbaikan 5.1.2 Pada janin : 5.1.2.1 Adanya tanda-tanda gawat janin 5.1.2.2 Adanya tanda-tanda Pertumbuhan Janin Terlambat 6. Laboratorium : 6.1 Ditentukan adanya sindrom HELLP 7. Terapi 7.1 Terapi medikamentosa : 7.1.1 Infus dekstrose 5 %, tiap 500 ml ditambah valium 40 mg 20 tetes/ menit. 7.1.2 Anti hipertensi diberikan hanya bila tekanan darah diastolik > 110 mmHg, berupa tablet nifedipin 10 mg digerus dibawah lidah. 7.1.3 Anti hipertensi diberikan hanya bila tekanan darah diastolik > 110 mmHg, berupa tablet nifedipin 10 mg digerus dibawah lidah. 7.1.4 Diuretika hanya diberikan bila ditemukan : 7.1.4.1 Edem paru-paru 7.1.4.2 Payah jantung kongesti 7.1.4.3 Edem anasarca 7.1.5 Diet : cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam 7.2 Terapi Obstetrik : terminasi kehamilan dengan cara yang sesuai 7.2.1 Bila belum inpartu : 7.2.1.1 Induksi persalinan, 7.2.1.2 Kateter foley 7.2.1.3 Infus oksitosin		

	PENANGANAN PRE-EKLAMPSI/ EKLAMPSI		
	No. Dokumen 001/SPO/KEB/1/2 021	No. Revisi 0	Halaman 6/8
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 21 Januari 2021	Ditetapkan Oleh: Direktur Direktur RSUD Bukittinggi	
PROSEDUR	7.5.1.1 Obat-obat lain seperti anti hipertensi, anti piratik, anti biotika, kardiotonik, diberikan apabila ada indikasi. 7.5.1.2 Perawatan pada serangan jantung 7.5.2 Dirawat di ruang observasi 7.5.3 Dipasang ropharingel airway (Guedel) kedalam mulut penderita 7.5.4 Kepala direndahkan dan daerah orofaring dibersihkan dengan pengisap lendir 7.5.4.1 Fiksasi badan penderita pada tempat tidur jangan terlalu kuat untuk menghindari terjadinya fraktur. 7.5.4.2 Perawatan penderita dengan koma 7.5.4.3 Disamping yang diatas dilakukan memonitoring dan evaluasi dalamnya koma. 7.5.4.4 Pencegahan dekubitus dan pemberian makan dengan melalui pipa lambung. 7.6 Pengobatan obstetrik : 7.6.1 Pada dasarnya semua kehamilan dengan eklampsi harus diakhiri tanpa memandang umur kehamilan dan keadaan janin. 7.6.2 Kehamilan diakhiri apabila sudah terjadi stabilisasi (pemulihan) hemodinamika dan metabolisme ibu, yaitu 4-8 jam setelah (salah satu atau lebih)		

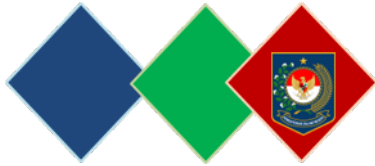


 RSUD BUKITTINGGI	PENANGANAN PRE-EKLAMPSI/ EKLAMPSI		
	No. Dokumen 001/SPO/KEB//1/2 021	No. Revisi 0	Halaman 7/8
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 21 Januari 2021	Ditetapkan Oleh: Direktur Direktur RSUD Bukittinggi	
	PROSEDUR		
7.6.2.1 Pengobatan anti kejang terakhir 7.6.2.2 Setelah kejang terakhir 7.6.2.3 Setelah pemberian obat anti hipertensi terakhir 7.6.2.4 Penderita mulai sadar 7.6.2.5 Cara terminasi kehamilan sama seperti pre-eklampsia berat 8. Konsultasi Apabila diperlukan konsultasi dengan spesialis penyakit dalam, syaraf dan mata 9. Perawatan Rumah Sakit Pasien Pre-eklampsia ringan dirawat apabila setelah 2 minggu rawat jalan tidak menunjukkan adanya perbaikan pasien pre-eklampsia berat harus dirawat. 10. Penyulit Gagal ginjal, gagal jantung edem paru, kelainan pembekuan darah, perdarahan otak, kematian janin. 11. Informed Consent Perlu dijelaskan kepada keluarga pasien mengenai kondisi pasien dan rencana perawatan. Tenaga perawatan. Dokter spesialis kebidanan, dokter umum dan bidan terlatih Lama perawatan. Pasien dirawat sampai 5 hari pasca persalinan 12. Masa pemulihan : 6 minggu 13. Out Put : Sembuh total bila tanpa komplikasi Bisa terjadi kematian janin dan atau ibu 14. Bila dalam penatalaksanaan tidak ada perbaikan DPJP dapat melakukan pengobatan sesuai dengan pengalamannya.			

Gambar 4. SOP Penanganan Preeklamsia-Eklampsia

2. Kesiapan troli emergensi yang tidak selalu optimal.
3. Keterlambatan pemberian $MgSO_4$ atau antihipertensi.
4. Koordinasi antarprofesi yang belum selalu berjalan efektif, sehingga berdampak pada keterlambatan penanganan fase kritis.

Apabila isu Belum Optimalnya Penatalaksanaan Pasien Emergensi Preeklamsia-Eklampsia ini tidak segera diatasi, dampaknya akan sangat serius dan meluas. Dampak Klinis yang paling parah adalah peningkatan angka morbiditas bahkan mortalitas ibu dan perinatal, mengingat preeklamsia-eklampsia adalah kondisi yang mengancam nyawa dan membutuhkan intervensi segera. Keterlambatan penanganan dapat



menyebabkan komplikasi multi-organ seperti gagal ginjal, stroke, dan Disseminated Intravascular Coagulation (DIC).

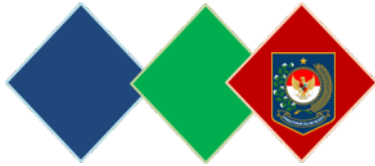
Isu "Belum Optimalnya Penatalaksanaan Pasien Emergensi Preeklamsia-Eklampsia" memiliki keterkaitan erat dengan substansi Agenda III Pelatihan Dasar CPNS, yaitu Manajemen ASN. Permasalahan ini mencerminkan belum optimalnya kinerja ASN dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan profesional. Penatalaksanaan yang tidak terstandar—terutama karena SOP yang sulit diakses—menunjukkan perlunya perbaikan pada manajemen kompetensi dan profesionalisme. Solusi berupa penyusunan SOP yang baku, ringkas, dan mudah diakses, serta pelaksanaan pelatihan berkala, merupakan implementasi dari prinsip Manajemen ASN untuk mewujudkan ASN yang profesional dan akuntabel.

b) Dampak dan pihak yang terkena dampak

Apabila isu ini tidak segera di tangani maka akan berdampak pada:

a. Dampak Klinis

Belum optimalnya penatalaksanaan emergensi Preeklamsia–Eklampsia dapat menyebabkan keterlambatan pemberian terapi penyelamat seperti Magnesium Sulfat dan antihipertensi. Kondisi ini berisiko meningkatkan kejadian komplikasi berat seperti kejang eklampsia, edema paru, gagal ginjal akut, stroke, HELLP syndrome, bahkan kematian ibu dan bayi



b. Dampak terhadap Mutu dan Keselamatan Pasien

Ketiadaan SOP yang ringkas menyebabkan ketidakkonsistenan prosedur. Hal ini meningkatkan risiko human error, memperlambat pengambilan keputusan, dan mengurangi keselamatan pasien dalam kondisi gawat.

c. Dampak Administratif dan Legal

Dokumentasi rekam medis berpotensi tidak lengkap atau tidak tepat waktu sehingga dapat menghambat proses verifikasi klaim BPJS dan memicu pending claim. Ketiadaan SOP juga menurunkan akuntabilitas ketika terjadi audit atau pemeriksaan.

d. Dampak Manajerial dan Kepercayaan Publik

Koordinasi tim medis menjadi tidak efektif karena tidak ada panduan yang menyamakan persepsi antarprofesi. Kondisi ini dapat menurunkan mutu pelayanan dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan obstetri.

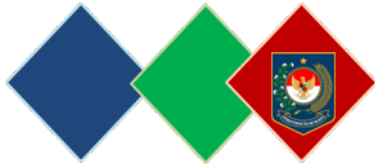
Pihak-Pihak yang Terkena Dampak

a. Pasien dan Keluarga

Pihak paling terdampak karena keselamatan ibu dan bayi sangat bergantung pada kecepatan serta ketepatan penanganan emergensi.

b. Tenaga Kesehatan (Dokter, Bidan, dan Perawat)

Tanpa SOP yang jelas terjadi kebingungan tugas, miskomunikasi, serta meningkatnya risiko tuntutan profesi.



c. Unit IGD dan PONEK RSUD Kota Bukittinggi

Ketiadaan SOP menyebabkan koordinasi yang tidak optimal dalam penanganan kasus gawat darurat obstetri.

d. Manajemen Rumah Sakit

Dampak mencakup mutu layanan yang menurun, risiko audit, serta potensi gangguan finansial akibat pending claim.

e. Pemerintah Daerah

Secara tidak langsung terdampak melalui capaian indikator AKI dan AKB yang bisa memburuk.

c) Keterkaitan dengan substansi mata pelatihan agenda III

a. Manajemen ASN

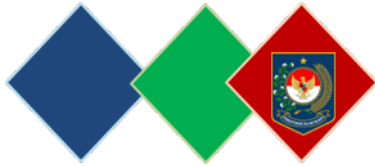
Manajemen kinerja merupakan inti dari Manajemen ASN, yang menekankan pentingnya standar kerja yang jelas, terukur, dan dapat dievaluasi.

Dalam penanganan emergensi obstetri, kecepatan dan ketepatan tindakan merupakan indikator kinerja yang sangat kritis. Ketiadaan SOP menyebabkan tindakan tenaga kesehatan tidak terstandar dan tidak terukur, sehingga berdampak pada keselamatan pasien.

b. *Smart* ASN

ASN dituntut untuk bekerja secara cerdas, modern, dan dapat dipercaya.

Melalui penyusunan SOP SIGAP GEMILANG yang berbasis pada pedoman ilmiah POGI dan Kemenkes, tenaga kesehatan menunjukkan karakter *Smart* ASN karena mampu menggunakan ilmu pengetahuan dan



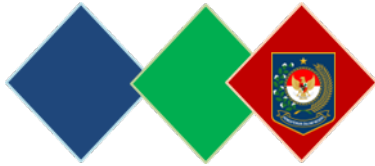
evidence-based practice dalam menyusun alur tata laksana emergensi. Pemanfaatan media visual, algoritma, serta QR Code untuk mengakses SOP di IGD dan PONEK merupakan perwujudan ASN yang modern, adaptif terhadap perkembangan teknologi, dan menjadikan informasi klinis lebih mudah dijangkau. Konsistensi penerapan SOP yang baku juga menjadikan pelayanan lebih transparan, terstandar, dan dapat dipertanggungjawabkan, sehingga memperkuat kepercayaan pasien dan keluarga terhadap ASN yang *trusted*.

c. Kolaboratif

Dari sisi kolaboratif, penatalaksanaan Preeklamsia–Eklampsia merupakan bentuk pelayanan yang sangat bergantung pada kerja sama tim lintas profesi, mulai dari dokter spesialis, dokter umum, perawat, bidan, hingga tenaga penunjang di IGD dan PONEK. Sebelum adanya SOP, koordinasi dan pembagian peran antarprofesi berpotensi tidak jelas dan menimbulkan variasi tindakan. Melalui penyusunan dan sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG sehingga dapat menyamakan persepsi, memperjelas tugas setiap profesi, meningkatkan komunikasi dalam situasi gawat darurat, dan membangun sinergi tim demi keselamatan ibu dan bayi.

B. Analisis Core Isu

Setelah core isu didapatkan, Langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah. Teknik yang digunakan adalah USG (Lembaga



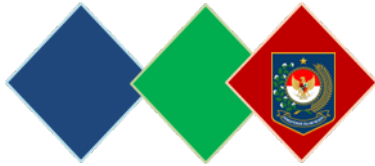
Administrasi Negara Republik Indonesia, 2019). USG merupakan singkatan dari:

1. *Urgency*, yaitu seberapa mendesak isu sehingga perlu dibahas, dianalisis, dan ditindaklanjuti.
2. *Seriousness*, yaitu seberapa serius suatu isu, dikaitkan dengan akibat yang ditimbulkan.
3. *Growth*, yaitu seberapa besar kemungkinan isu memburuk.

Tiga kriteria tersebut akan dinilai dengan skala 1 sampai 5 dengan ketentuan nilai mutu sama dengan yang ada pada Tabel 1. Karena ada tiga kriteria, maka maksimal total skor yang bisa didapat untuk masing-masing penyebab isu adalah 15. Penyebab Isu dengan total skor tertinggi akan dipilih sebagai core isu.

Tabel 1. Skala Penilaian USG (1-5)

Skor	Definisi
5	Sangat mendesak/serius dan berpotensi berkembang cepat bila tidak ditangani.
4	Mendesak/serius dan berpotensi berkembang.
3	Cukup mendesak/serius dan cenderung berkembang.
2	Kurang mendesak/serius dan pertumbuhan masalah kecil.
1	Tidak mendesak, dampak kecil, dan tidak berkembang.



Tabel 2. Penilaian USG

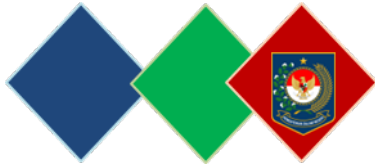
No	Penyebab	U	S	G	total
1	Belum adanya SOP emergensi yang Baku dalam penanganan pasien Preeklampsia-Eklampsia	5	5	5	15
2	Kurang efektifnya Koordinasi tim dalam penanganan pasien Preeklampsia-Eklampsia	4	4	3	11
3	Belum rutinnya Pelatihan emergensi	3	4	3	10

Hasil skoring menunjukkan bahwa penyebab dominan adalah “**Belum adanya SOP emergensi yang baku dalam penanganan pasien Preeklampsia-Eklampsia**”.

- **Urgency (U)** : sangat tinggi ketiadaan SOP yang seragam berimplikasi langsung pada keterlambatan pemberian terapi penyelamat nyawa seperti $MgSO_4$. Dalam kondisi eklampsia, setiap menit sangat menentukan.
- **Seriousness (S)** : keterlambatan tata laksana dapat menyebabkan komplikasi multi-organ hingga kematian.
- **Growth (G)** : kasus preeklampsia–eklampsia terus meningkat setiap tahun di RSUD seiring meningkatnya rujukan. Oleh karena itu, penyusunan dan internalisasi SOP menjadi penyebab dominan yang harus segera ditangani.

C. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu

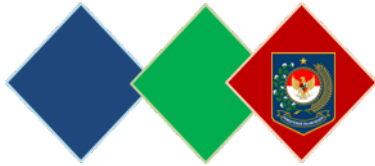
Dengan adanya kondisi ini maka dibentuklah gagasan untuk menciptakan SOP dalam bentuk Sistem penanganan kondisi kritis yang mudah di pahami



dan digunakan oleh tenaga kesehatan di IGD yang didasari oleh Panduan Praktek Klinis dari POGI sebagai organisasi keprofesian yang akuntabel. Kita beri nama “**SIGAP GEMILANG**” yaitu, Sistem Intervensi Gawat Preeklampsia-Eklampsia GEMILANG. Prinsip pembentukan gagasan ini berdasarkan, **berbasis evidence, praktis dan Visual yang disusun dalam format alur algoritmik** dengan poin-poin ringkas, **mudah dipahami, menggunakan flowchart, tabel dosis, dan checklist** sehingga dapat diikuti oleh semua tenaga kesehatan, termasuk dokter umum, perawat, dan bidan, **fleksibel** SOP ini tersedia dalam bentuk **poster di IGD/VK, lembar A4 untuk saku, dan QR Code** untuk mengakses file digital

Dilihat dari perspektif **Manajemen ASN**, SOP SIGAP GEMILANG menjadi alat untuk menata kembali alur kerja penanganan emergensi Preeklampsia–Eklampsia agar lebih terstandar, terukur, dan akuntabel. Melalui SOP ini, setiap langkah penatalaksanaan (triase, stabilisasi, pemberian MgSO_4 , antihipertensi, hingga keputusan terminasi) memiliki indikator waktu dan mutu yang jelas, sehingga kinerja ASN di unit emergensi dapat dimonitor dan dievaluasi secara sistematis sesuai substansi Agenda III tentang penguatan manajemen kinerja dan pelayanan publik

Dalam konsep **SMART ASN**, gagasan SOP SIGAP GEMILANG menggambarkan ASN yang *smart, modern, and trusted*. SOP disusun berbasis evidence, divisualisasikan dalam bentuk flowchart, tabel dosis, serta disediakan dalam berbagai media termasuk poster dan QR Code untuk akses digital. Hal ini menunjukkan ASN yang cerdas memanfaatkan ilmu

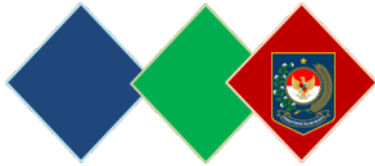


pengetahuan, modern dalam penggunaan teknologi informasi, dan membangun kepercayaan publik melalui tindakan klinis yang konsisten, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan.

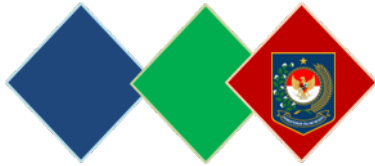
Sedangkan pada **Kolaboratif**, SOP SIGAP GEMILANG dirancang untuk menyatukan cara kerja dan persepsi seluruh tenaga kesehatan yang terlibat, mulai dari dokter spesialis, dokter umum, perawat, hingga bidan di IGD dan PONEK. Melalui sosialisasi dan simulasi penerapan SOP, peran masing-masing profesi menjadi lebih jelas, komunikasi saat kegawatan menjadi lebih terstruktur, dan koordinasi tim menjadi lebih efektif. Dengan demikian, gagasan ini secara langsung menguatkan nilai kolaboratif dalam Manajemen ASN, karena mendorong kerja tim interprofesi yang solid demi keselamatan ibu dan bayi.

Untuk mewujudkan gagasan di atas kegiatan yang dilakukan selama masa habituasi sebagai berikut :

1. Melakukan konsultasi dengan mentor mengenai rencana kegiatan
2. Melakukan pembentukan SOP SIGAP GEMILANG
3. Melakukan Pembuatan Media Sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG
4. Melakukan Simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG
5. Melakukan Sosialisasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG pada IGD dan PONEK RSUD Kota Bukittinggi
6. Melakukan Monitoring dan Evaluasi Aplikasi SOP SIGAP GEMILANG di RSUD Kota Bukittinggi



Dengan tahapan kegiatan tersebut, diharapkan gagasan diatas ini dapat menjawab permasalahan dan menjamin keseragaman tindakan dan kejelasan peran yang tinggi di antara seluruh tim medis IGD. Kecepatan respons (time-to-treatment) untuk inisiasi terapi penyelamat nyawa (misalnya, pemberian Magnesium Sulfat) telah terstandarisasi dan meningkat secara signifikan sesuai target SOP



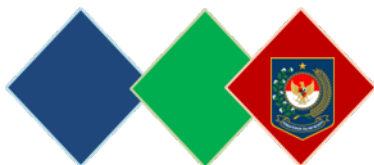
BAB IV RENCANA JADWAL KEGIATAN AKTUALISASI

A. Matriks Jadwal Kegiatan Aktualisasi

Berikut ini adalah rencana jadwal kegiatan aktualisasi selama masa habituasi

Tabel 3. Rencana Jadwal Kegiatan Aktualisasi

No.	Kegiatan	September		Oktober			
		III	IV	I	II	III	IV
1	Melakukan konsultasi dengan mentor mengenai rencana kegiatan						
2	Melakukan pembentukan SOP SIGAP GEMILANG						
3	Melakukan Pembuatan Media Sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG						
4	Melakukan Simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG						
5	Melakukan Sosialisasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG pada IGD dan PONEK RSUD Kota Bukittinggi						
6	Melakukan Monitoring dan Evaluasi Aplikasi SOP SIGAP GEMILANG di RSUD Kota Bukittinggi						

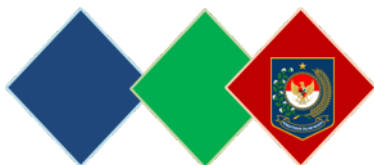


B. Matrik Pelaksanaan Aktualisasi

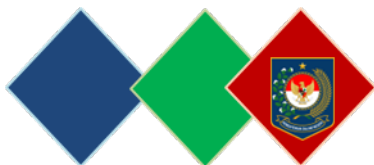
Tabel 4. Matriks Rancangan Aktualisasi

Unit Kerja	UPTD RSUD Kota Bukittinggi, Pemerintah Kota Bukittinggi
Identifikasi Isu	1. Belum adanya SOP emergensi yang Baku dalam penanganan pasien Preeklampsia-Eklampsia 2. Kurang efektifnya Koordinasi tim dalam penanganan pasien Preeklampsia-Eklampsia 3. Belum rutusnya Pelatihan emergensi
Isu yang Diangkat	Belum adanya SOP emergensi yang Baku dalam penanganan pasien Preeklampsia-Eklampsia di Layanan IGD dan PONEK RSUD Kota Bukittinggi
Gagasan Pemecahan Isu	Optimalisasi penatalaksanaan pasien Emergensi Preeklampsia-Eklampsia di RSUD Kota Bukittinggi dengan membuat Standar Operasional prosedur SIGAP GEMILANG

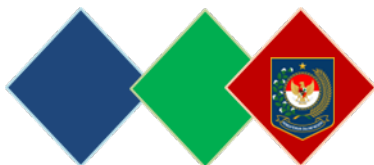
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.	Melakukan konsultasi dengan mentor mengenai rencana	1. Menyiapkan rencana kegiatan	Tersedianya rancangan kegiatan	1. Akuntabel: Saya telah merancang rencana kegiatan dengan data	Penulis dan Pimpinan / mentor	Ya	Menyusun agenda dan tujuan yang jelas sebelum pertemuan untuk	Nilai ASN berAKHLAK diterapkan dalam konsultasi dengan



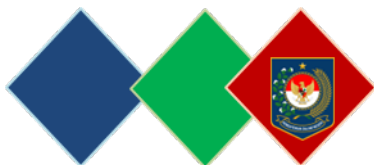
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
	kegiatan			pendukung dan terdokumentasi dan dapat di pertanggung jawabkan 2. Kompeten : Saya telah membuat substansi klinis dan di tuangkan ke dalam SOP sesuai kemampuan klinis saya sebagai Dokter OBGIN 3. Kolaboratif Saya telah			memastikan diskusi berjalan sesuai dengan tujuan serta menggunakan platform komunikasi yang fleksibel seperti pertemuan daring jika pertemuan tatap muka tidak memungkinkan	mentor sebagai bentuk Loyal dan Harmonis. Kegiatan ini menunjukkan komitmen terhadap bimbingan mentor dan menciptakan suasana kerja yang saling menghargai. Setiap anggota tim diharapkan Kompeten dalam menyampaikan rencana dan



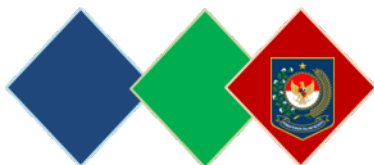
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				melibatkan lintas profesi dalam penyusunan SOP 4. Adaptif : Saya telah menggunakan Teknologi terkini mencari referensi penyusunan SOP				masukan, serta Akuntabel dengan bertanggung jawab atas hasil diskusi. Dengan begitu, semua pihak dapat berkolaborasi dengan baik untuk mencapai tujuan penelitian
		2. Melakukan konsultasi dengan mentor mengenai	Tersedianya catatan hasil konsultasi	1. Berorientasi Pelayanan: Saya telah bersikap responsif dan				



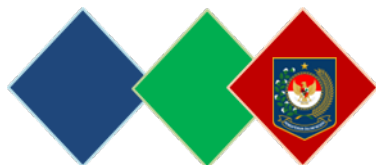
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
		rencana kegiatan		sopan saat berkonsultasi, serta mencatat setiap masukan mentor sebagai bentuk pelayanan yang baik. 2. Harmonis: Saya telah membangun komunikasi yang baik dengan menghargai pandangan mentor. 3. Kolaboratif: Saya telah				



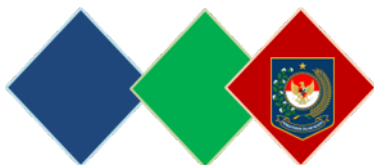
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				terbuka terhadap masukan dan bersedia menyempurnakan rencana berdasarkan diskusi bersama.				
		3. Meminta persetujuan mentor atas rencana kegiatan	Tersedianya lembar persetujuan rencana kegiatan yang telah ditandatangani oleh mentor	1. Akuntabel: Saya telah meminta persetujuan secara tertulis agar kegiatan yang dilakukan sah dan bisa dipertanggung				



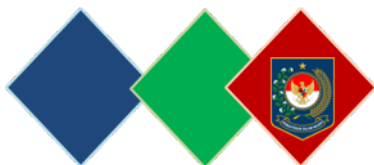
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				gjawabkan. 2. Loyal: Saya telah menunjukkan sikap setia dan menghormati hierarki organisasi dalam pelaksanaan tugas. 3. Harmonis: Saya telah menjaga sikap sopan, menghargai, dan penuh etika ketika mengajukan permintaan				



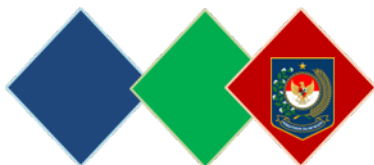
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				persetujuan kepada mentor.				
2.	Melakukan pembentukan SOP SIGAP GEMILANG	1. Melakukan kajian pustaka terhadap Pedoman Praktek Klinis POGI, PNPK Kemenkes sebagai pedoman dalam pembuatan SOP	Tersedianya referensi untuk pembuatan SOP SIGAP GEMILANG	1. Adaptif: Saya telah terbuka pada literatur dan pedoman terbaru yang digunakan sebagai standar pelayanan emergensi Obgin 2. Kompeten: Saya telah memperkaya	Penulis, rekan sejawat, perawat, dan pihak manajemen rumah sakit	Ya	Mengadakan diskusi kelompok untuk mendengarkan masukan dari semua pihak dan mencari kesepakatan serta membentuk komite kecil yang terdiri dari perwakilan dokter dan perawat untuk	Nilai ASN berAKHLAK diterapkan dalam pembentukan SOP SIGAP GEMILANG dengan mendorong sifat Kolaboratif dan Kompeten di antara tim. Proses ini



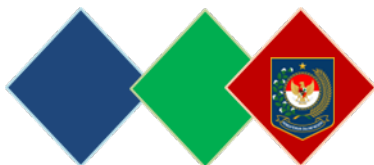
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				pengetahuan dengan mempelajari PPK POGI, PNPK Kemkes 3. Akuntabel: Saya telah mendokumentasikan langkah yang ada			merumuskan SOP	melibatkan dokter, perawat, dan manajemen rumah sakit, di mana semua pihak Adaptif terhadap perubahan yang diperlukan untuk perbaikan prosedur. Setiap anggota diharapkan Akuntabel dalam memberikan masukan



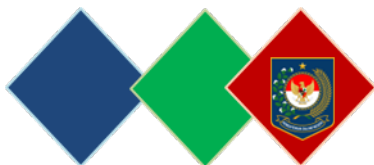
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
								untuk menghasilkan SOP yang bermanfaat bagi pasien dan staf.
		2. Melakukan penarikan kesimpulan dari referensi dan menjadikan suatu draft SOP	Tersedianya Draft Sop SIGAP GEMILANG	1. Kompeten: Saya telah menggunakan pengetahuan Klinis untuk menyusun SOP sesuai standar. 2. Akuntabel: Saya telah menyusun SOP dengan sumber referensi				



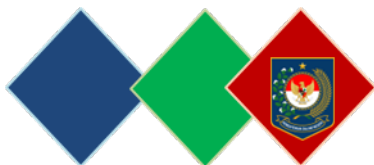
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				yang jelas 3. Loyal: Saya telah menyusun rancangan dengan penuh dedikasi untuk kepentingan organisasi				
		3. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait <i>draft</i> SOP SIGAP GEMILANG	Tersedianya catatan hasil konsultasi mengenai Draft SIGAP GEMILANG yang disetujui oleh mentor	1. Harmonis Saya telah menjaga komunikasi baik saat membahas <i>draft</i> . 2. Kolaboratif : Saya telah menerima				



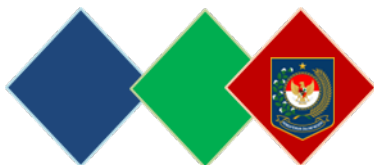
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				masukan dari mentor. 3. Berorientasi Pelayanan: Saya telah berusaha memastikan draft yang disusun memberi manfaat maksimal bagi layanan Emergensi Obgin 4. Loyal: Saya telah menjaga dan patuh				



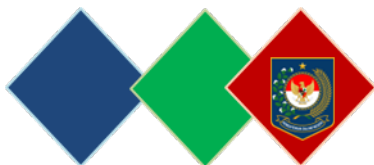
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				terhadap aturan yang telah di buat.				
3.	Melakukan Pembuatan Media Sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG	1. Membuat design Visual SOP dan QR Code SIGAP GEMILANG	Tersedianya Design SOP SIGAP GEMILANG	1. Berorientasi Pelayanan: Saya telah menyediakan SOP dalam bentuk yang mudah di pahami Tim IGD dan PONEK 2. Harmonis: Saya dapat menyajikan informasi yang mudah dipahami semua profesi di	Penulis, rekan sejawat, perawat, tim humas rumah sakit, dan tim IT rumah sakit	Ya	Melakukan <i>brainstorming</i> untuk mendapatkan ide-ide dari semua anggota tim tentang konten dan desain media serta memanfaatkan sumber daya yang ada, seperti software desain gratis atau bantuan dari tim IT rumah sakit	Nilai ASN berAKHLAK diterapkan dalam pembuatan media sosialisasi dengan menekankan aspek Berorientasi Pelayanan dan Inovatif. Kegiatan ini bertujuan untuk menyampaikan informasi



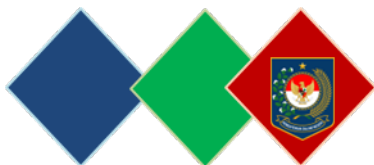
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				IGD, PONEK 3. Loyal: saya membuat SOP ini demi dedikasi terhadap peningkatan mutu layanan RSUD 4. Adaptif: Saya telah memanfaatkan teknologi digital agar SOP mudah di akses dan di pahami oleh Tenaga Kesehatan 5. Akuntabel : Saya telah				yang jelas dan berguna bagi semua staf. Anggota tim diharapkan Kompeten dalam menyusun konten dan Kolaboratif dalam mengumpulkan ide-ide yang relevan. Dengan kata lain, media sosialisasi harus Adaptif terhadap kebutuhan informasi staf



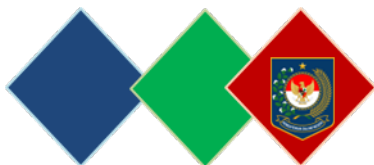
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				mendesain media cetak dan virtual SOP sesuai dengan referensi yang terstandar				untuk meningkatkan pemahaman mengenai SOP.
		2. Melakukan pencetakan SOP dan media akses digital QR Code	Tersedianya cetakan SOP dan QR Code SOP SIGAP GEMILANG	1. Harmonis: Saya telah menyajikan informasi visual mudah dimengerti lintas profesi di IGD, PONEK 2. Adaptif: Saya memanfaatkan teknologi QR Code agar mudah di akses				



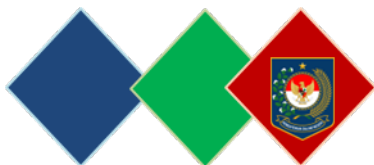
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				kapanpun dan dimanapun. 3. Kompeten : Saya telah memastikan SOP dicetak sesuai dengan pedoman dan desain yang sudah di setujui mentor				
4.	Melakukan Simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG	1. Melakukan persiapan sarana dan persiapan SDM IGD, PONEK untuk simulasi SOP	Tersedianya sarana dan prasarana serta SDM yang siap untuk simulasi SOP SIGAP GEMILANG	1. Berorientasi Pelayanan: saya melaksanakan seluruh kegiatan untuk peningkatan keselamatan ibu dan bayi.	Penulis, Staf IGD, dan tim manajemen rumah sakit	Ya	Mengedukasi staf tentang manfaat SOP melalui workshop sebelum simulasi serta menjadwalkan simulasi di waktu yang	Nilai ASN berAKHLAK diterapkan dalam simulasi penerapan SOP dengan membangun rasa Tanggung



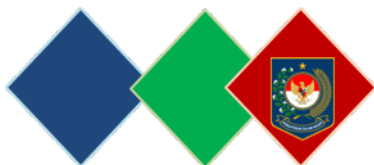
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				2. Kolaboratif: Saya telah mengajak lintas profesi bekerja sama dalam penyusunan skenario simulasi. 3. Kompeten: Saya telah menggunakan pengetahuan klinis untuk menyiapkan sarana sesuai standar.			tidak mengganggu pelayanan pasien atau menggunakan skenario simulasi yang tidak mempengaruhi pasien	Jawab dan Berorientasi Pelayanan. Simulasi ini memberi kesempatan kepada staf untuk Kompeten dalam menghadapi situasi emergensi dan Harmonis dalam berlatih bersama. Setiap peserta diharapkan Akuntabel dalam memberikan



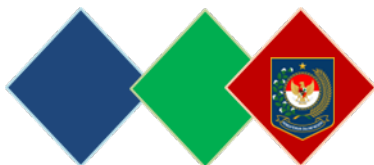
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
								umpan balik, serta Adaptif dalam mempelajari dan menerapkan SOP dengan cara yang efektif.
		2. Melaksanakan Simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG	Terlaksananya simulasi SOP SIGAP GEMILANG	1. Berorientasi Pelayanan: Saya telah menekankan simulasi ini demi keselamatan pasien. 2. Kompeten: Saya telah mengaplikasikan				



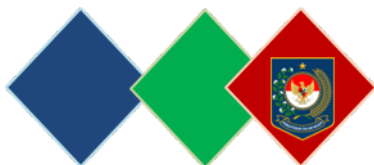
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				keterampilan klinis sesuai pedoman SOP yang telah di buat 3. Adaptif: Saya telah menyesuaikan jalannya simulasi dengan kondisi riil di lapangan.				
		3. Melakukan evaluasi simulasi untuk mengidentifikasi kendala, kekurangan	Tersedianya catatan evaluasi simulasi memuat kendala dan rekomendasi untuk	1. Akuntabel: Saya telah mencatat hasil evaluasi secara objektif. 2. Kompeten: Saya telah				



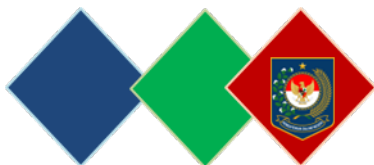
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
		n SOP SIGAP GEMILAN G	perbaikan SOP	menganalisis kendala dengan pendekatan evidence-based. 3. Kolaboratif: Saya telah mengajak Tim memberikan masukan konstruktif.				
		4. Melakukan diskusi dengan mentor terkait Simulasi penerapan SOP	Tersedianya masukan dan arahan dari mentor terkait kendala dan kekurangan SOP saat simulasi	1. Harmonis : Saya melakukan mengkomunikasikan hasil sosialisasi kepada mentor 2. Kolaboratif :				



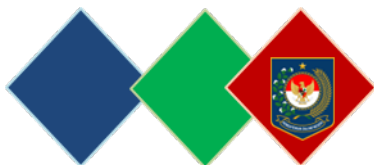
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				Saya menerima semua masukan dan arahan mentor 3. Loyal: Saya menghormati arahan Mentor dengan melaporkan secara formal.				
5.	Melakukan Sosialisasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG pada IGD dan PONEK RSUD Kota	1. Melakukan pencetakan dan Poster Virtual SOP SIGAP GEMILANG Algoritma	Tersedianya SOP SIGAP GEMILANG di meja/dinding IGD dan PONEK	1. Berorientasi Pelayanan: Saya telah menyediakan SOP dalam bentuk yang mudah di akses oleh tenaga medis	Penulis, rekan sejawat, staf IGD, perawat, dan manajemen rumah sakit	Ya	Mengadakan sesi sosialisasi yang interaktif dan melibatkan sesi tanya jawab serta menyediakan materi tertulis dan video sebagai	Nilai ASN berAKHLAK diterapkan dalam sosialisasi penerapan SOP dengan menekankan aspek Harmonis dan



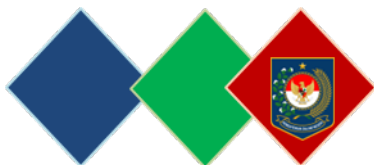
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
	Bukittinggi	visual dalam kertas A4 ataupun QR Code untuk tempel di meja/ dinding IGD dan PONEK serta di Share melalui jaringan komunikasi WA		2. Akuntabel: Saya telah menjamin bahwa prosedur SOP terlihat jelas, terbuka, dan dapat dipertanggungjawabkan. 3. Loyal: Saya telah memastikan SOP ini ditempatkan dengan benar sebagai bukti kepatuhan terhadap instansi			referensi tambahan untuk staf yang tidak hadir	Loyal. Kegiatan ini melibatkan seluruh staf IGD dan PONEK, di mana semua pihak saling menghargai dan mendukung. Setiap anggota diharapkan Akuntabel dalam menyampaikan informasi dan Kompeten dalam



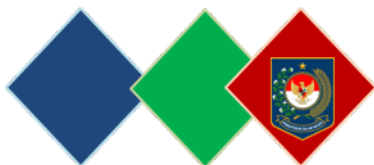
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
								memahami SOP yang baru, serta Berorientasi Pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien.
		2. Mengundang Tenaga Medis IGD dan PONEK untuk mengikuti kegiatan presentasi Sosialisasi	Tersedianya daftar hadir kegiatan oleh tenaga kesehatan IGD dan PONEK	1. Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan tenaga kesehatan memahami SOP demi keselamatan pasien.				



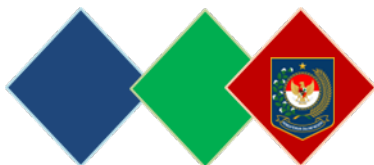
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
		SOP SIGAP GEMILAN G		2. Kolaboratif: Saya telah melibatkan seluruh tenaga kesehatan dalam kegiatan 3. Harmonis : Saya telah melakukan presentasi SOP dengan baik dan beretika agar mudah di pahami 4. Kompeten : Saya telah menjelaskan SOP sesuai dengan kemampuan klinis dan				



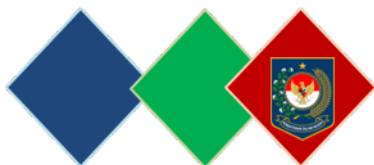
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				referensi yang saya dapatkan				
		3. Melaksanakan simulasi ulang SOP dalam forum sosialisasi	Terlaksananya simulasi final SOP SIGAP GEMILANG	1. Berorientasi Pelayanan: Saya telah memastikan tenaga kesehatan memahami SOP demi keselamatan pasien. 2. Kolaboratif: Saya telah melibatkan seluruh tenaga kesehatan dalam kegiatan 3. Kompeten: Saya telah mengaplikasik				



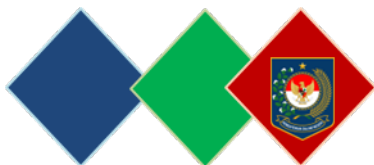
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				an keterampilan klinis 4. Adaptif: Saya telah menyesuaikan simulasi dengan kondisi yang sebenarnya				
		4. Melaporkan hasil kegiatan sosialisasi kepada mentor	Tersedianya laporan hasil sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG yang disetujui mentor	1. Akuntabel: Saya telah melaporkan hasil kegiatan dengan data yang valid. 2. Kolaboratif: Saya telah menerima masukan dan arahan dari				



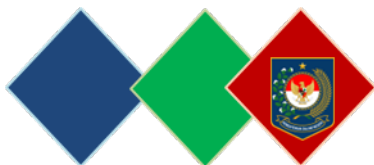
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				mentor demi kebaikan kedepannya 3. Harmonis : Saya telah berkomunikasi dengan sopan dan ramah kepada mentor				
6.	Melakukan Monitoring dan Evaluasi Aplikasi SOP SIGAP GEMILANG di RSUD Kota Bukittinggi	1. Melakukan penerapan SOP SIGAP GEMILANG di IGD dan PONEK	Tersedianya bukti dokumentasi penerapan SOP	1. Berorientasi Pelayanan: Saya telah melakukan penerapan SOP langsung agar menjadi contoh dalam memahami dan menjalankan SOP	Penulis, rekan sejawat, perawat, tim evaluasi, manajemen rumah sakit	Ya	Menggunakan metode evaluasi yang objektif (survei atau analisis data catatan medis) dan menjalin komunikasi yang baik dengan semua tim untuk mendapatkan umpan balik	Nilai ASN berAKHLAK diterapkan dalam monitoring dan evaluasi dengan menekankan pada aspek Akuntabel dan Adaptif. Proses



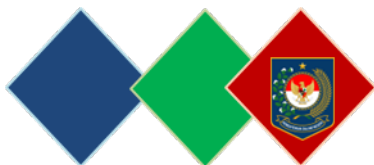
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				2. Harmonis: Saya telah memberikan arahan dengan sikap ramah dan membangun hubungan kerja yang kondusif. 3. Kolaboratif: Saya telah bekerja sama dengan Dokter Umum IGD agar membantu tenaga medis lain dalam memahami SOP.			yang konstruktif selama proses evaluasi	evaluasi harus dilakukan secara objektif, di mana semua anggota tim bertanggung jawab untuk memberikan data yang akurat. Kegiatan ini juga harus dilakukan dengan Harmonis, saling menghargai masukan dari semua pihak, serta



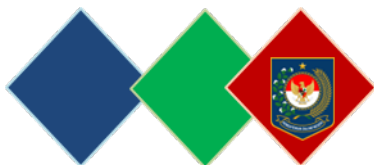
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				4. Adaptif : Saya telah memastikan proses digitalisasi SOP dengan QR code berjalan lancar 5. Loyal: Saya telah menjaga komitmen mutu pelayanan prima di RSUD				Kolaboratif untuk perbaikan berkelanjutan berdasarkan hasil evaluasi yang diperoleh.
		2. Melakukan Diskusi terkait laporan	3. Tersedianya dokumentasi	1. Akuntable : Saya telah menyampaikan semua				



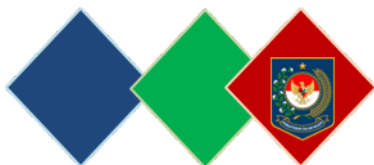
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
		evaluasi penerapan SOP dan rencana pengesahan kepada mentor	terkait laporan evaluasi penerapan SOP serta pengajuan keabsahan SOP SIGAP GEMILANG	laporan berdasarkan data dan fakta di lapangan 2. Kolaboratif: Saya telah melibatkan mentor dalam proses refleksi dan perbaikan. 3. Harmonis: Saya telah menyampaikan laporan dengan etika komunikasi yang baik. 4. Berorientasi Pelayanan:				



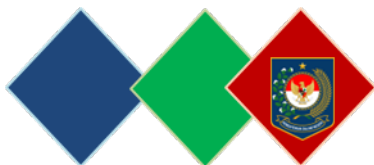
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				Saya telah menerima masukan mentor untuk meningkatkan kualitas evaluasi demi pelayanan yang lebih baik.				
		4. Mengesahkan SOP SIGAP GEMILANG	Tersedianya dokumen SOP SIGAP GEMILANG yang sah	1. Akuntabel: Saya telah menyelesaikan SOP secara resmi agar sah digunakan. 2. Loyal: Saya telah menghormati prosedur				



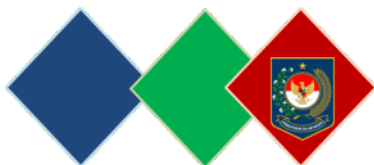
No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				legalisasi dan kepatuhan pada pimpinan. 3. Kompeten: Saya telah memastikan dokumen sesuai standar administrasi yang berlaku.				
		5. Membuat dan menyerahkan laporan aktualisasi ke mentor	Tersedianya laporan pelaksanaan aktualisasi yang di setujui oleh mentor	1. Akuntabel: Saya telah mendokumentasikan seluruh kegiatan secara tertulis dan dapat				



No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				dipertanggungjawabkan. 2. Loyal: Saya telah menyusun laporan sesuai aturan yang berlaku demi kepentingan organisasi. 3. Kompeten: Saya telah memastikan laporan tersusun rapi, jelas, dan memenuhi standar administrasi				



No.	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output / Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (BerAKHLAK)	Stake holder Terkait	Potensi Konflik YA/TIDAK	Solusi Konflik	Keterangan
				pelaksanaan Aktualisasi CPNS				

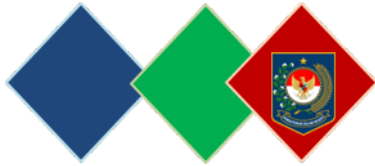


C. Matrik Rekapitulasi Realisasi Habitiasi NND PNS (berAKHLAK)

Berikut merupakan jadwal aktualisasi Matrik Rekapitulasi Rencana Habitiasi NND PNS (BerAKHLAK), perhatikan tabel :

Tabel 5. Matrik Rekapitulasi Realisasi Habitiasi NND PNS (berAKHLAK)

No	Mata Pelatihan	Kegiatan												Jumlah Akumulasi per MP	
		Ke-1		Ke-2		Ke-3		Ke-4		Ke-5		Ke-6		Ren cana	Realisasi
		Ren cana	Realisasi	Ren cana	Realisasi	Ren Cana	Realisasi	Ren cana	Realisasi	Ren Cana	Realisasi	Ren cana	Realisasi		
1	Berorientasi Pelayanan	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	10	10
2	Akuntabel	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3	12	12
3	Kompeten	1	1	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	11	11
4	Harmonis	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	12	12
5	Loyal	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	9	9
6	Adaptif	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	7	7
7	Kolaboratif	2	2	1	1	1	1	4	4	3	3	2	2	13	13
	Jumlah MP yang Di aktualisasi kan per Kegiatan	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		



D. Capaian Penyelesaian Isu

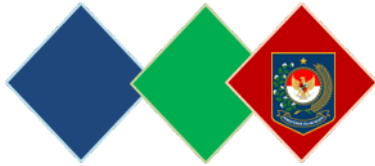
Berikut disajikan tabel capaian penyelesaian core isu, menggambarkan hasil nyata dari Optimalisasi Penatalaksanaan Pasien Emergensi Obstetri Preeklampsia–Eklampsia Melalui Pembuatan Standar Operasional Prosedur (Sop) Sigap Gemilang Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi. Lihat tabel.

Tabel 6. Analisis USG

No	Penyebab	U	S	G	total
1	Belum adanya SOP emergensi yang Baku dalam penanganan pasien Preeklampsia-Eklampsia	5	5	5	15
2	Kurang efektifnya Koordinasi tim dalam penanganan pasien Preeklampsia-Eklampsia	4	4	3	11
3	Belum rutinnya Pelatihan emergensi	3	4	3	10

Tabel 7. Capaian Penyelesaian Core Isu

KONDISI CORE ISU	
Sebelum Aktualisasi	Sesudah Aktualisasi
Berdasarkan hasil pengamatan di IGD dan PONEK didapatkan bahwasannya penatalaksanaan kasus emergensi Preeklampsia–Eklampsia di RSUD Kota Bukittinggi belum didukung oleh SOP emergensi yang baku, operasional, dan mudah diakses di area kerja IGD. Ketidadaan SOP ini menyebabkan tindakan klinis yang dilakukan oleh dokter, perawat, dan bidan tidak seragam, sangat bergantung pada ingatan dan	Sesudah aktualisasi, telah tersedia dan diimplementasikan SOP SIGAP GEMILANG sebagai SOP emergensi yang baku, terstruktur, dan disahkan untuk penatalaksanaan Preeklampsia–Eklampsia di IGD. Keberadaan SOP ini menghasilkan peningkatan keseragaman tindakan dan kejelasan peran (<i>role clarity</i>) antar anggota tim medis, karena setiap langkah tata laksana dan pembagian tugas telah diatur secara



interpretasi individu, sehingga menimbulkan rendahnya keseragaman tindakan dan ketidakjelasan peran (<i>role clarity</i>) dalam tim. Kondisi tersebut berimplikasi pada terhambatnya kecepatan respons (<i>time-to-treatment</i>) dalam penanganan kasus obstetri emergensi, yang secara teoritis dan praktis merupakan faktor penentu utama dalam upaya mencegah morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi.	eksplisit. Selain itu, kecepatan respons (<i>time-to-treatment</i>) terhadap inisiasi terapi penyelamat nyawa, seperti pemberian Magnesium Sulfat, menjadi lebih terstandarisasi dan meningkat secara bermakna sesuai target yang ditetapkan dalam SOP, sehingga mencerminkan peningkatan kualitas manajemen klinis dan kinerja ASN dalam pelayanan emergensi obstetri.
--	---

E. Manfaat Terlesainya Core isu

1) Individu peserta

a) Peningkatan Kompetensi dan Profesionalisme

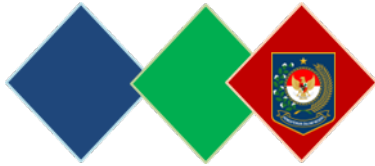
Peserta mendapatkan pengalaman langsung dalam pengembangan sistem mutu layanan, membuktikan Kompetensi dalam manajemen klinis dan manajerial.

b) Peningkatan Keterampilan Komunikasi

c) Melalui kegiatan konsultasi, pembentukan SOP interprofesi, dan sosialisasi, penulis dapat meningkatkan kemampuan bernegosiasi dan berkomunikasi secara efektif dengan berbagai stakeholder.

d) Peningkatan Keterampilan Kolaborasi

Simulasi penerapan SOP secara aktif mengasah keterampilan kolaborasi tim gawat darurat (Team Resource Management/TRM) penulis dalam memimpin dan berinteraksi saat situasi bertekanan tinggi.



e) Aktualisasi Nilai ASN BerAKHLAK

Seluruh proses kegiatan, mulai dari konsultasi hingga evaluasi, merefleksikan nilai-nilai Akuntabel, Kolaboratif, dan Adaptif, yang memperkuat karakter penulis sebagai ASN yang profesional.

2) Instansi RSUD Kota Bukittinggi

a) Peningkatan Teamwork dan Efisiensi

SOP dan pelatihan rutin memperbaiki koordinasi tim dan efisiensi kerja di IGD, mengurangi fragmentasi layanan dan meningkatkan kinerja tim secara keseluruhan.

b) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

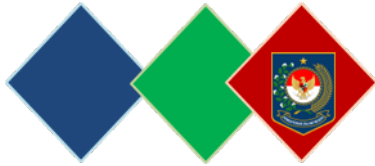
Adanya SOP SIGAP GEMILANG yang terstandarisasi dan teruji melalui simulasi secara langsung menurunkan risiko human error dan komplikasi, sehingga meningkatkan keselamatan pasien Preeklampsia–Eklampsia.

c) Perbaikan Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Rumah sakit mampu memenuhi atau melampaui indikator mutu layanan obstetri gawat darurat, khususnya terkait time-to-treatment dan kesiapan tim, yang berdampak positif pada akreditasi rumah sakit.

3) Stakeholders

a) Masyarakat (Pengguna Layanan)



Masyarakat menerima layanan kesehatan obstetri emergensi yang cepat, terstandar, dan bermutu tinggi, yang sangat vital dalam upaya penyelamatan ibu dan bayi

b) Pemerintah

SOP SIGAP GEMILANG Mendukung program nasional penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di wilayah Kota Bukittinggi dan sekitarnya. Serta menyediakan model praktik terbaik (Best Practice) yang dapat direplikasi di rumah sakit daerah lain dalam penanganan kasus emergensi obstetri.

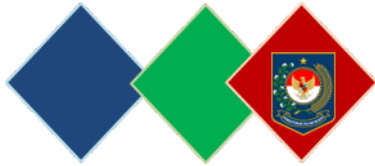
c) Mitra Kesehatan

Mitra Kesehatan seperti faskes tingkat pertama mendapat kepastian bahwa pasien rujukan (kasus Preeklampsia–Eklampsia) akan ditangani dengan protokol yang jelas dan terstruktur di RSUD, mempermudah proses serah terima dan koordinasi rujukan.

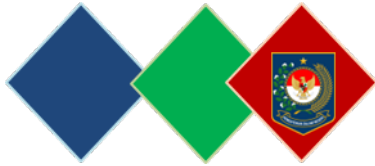
F. Rencana Tindakan Lanjutan hasil aktualisasi

Tabel 8. Rencana Tindakan Lanjutan Hasil Aktulialisasi

No	Kegiatan	Output	Durasi & Waktu	Pihak Terlibat	Sumber Biaya	Keterangan
1.	Melaksana kan Pelatihan Penyegaran (Refresh Training) dan Simulasi Interprofesi secara berkala bagi tim IGD dan	Tersedianya Jadwal Pelatihan dan Simulasi Triwulanan yang terintegrasi (minimal 3 bulan sekali) dan Sertifikat	Setiap 3 bulan sekali (Triwulan)	Pimpinan, Koordinator Diklat, Tim Medis, Tim K3	BLUD	Memastikan Kompetensi staf tetap terjaga (skill decay prevention) dan Kolaborasi tim teruji secara rutin.



No	Kegiatan	Output	Durasi & Waktu	Pihak Terlibat	Sumber Biaya	Keterangan
	PONEK menggunakan SOP SIGAP GEMILANG.	Kompetensi staf.				
2.	Melakukan Evaluasi dan Pembaruan (Review) isi SOP SIGAP GEMILANG sesuai pedoman klinis nasional/ internasional terbaru.	Tersedianya SOP SIGAP GEMILANG Versi Terbaru (misalnya, Versi 2.0) yang telah disahkan dan disosialisasi kan	3 tahun sekali (Tahunan) atau sesuai terbitnya pedoman baru.	Komite Medik, Kepala Instalasi IGD, Dokter Spesialis Obgyn, Tim Mutu.	BLUD	Menjamin SOP tetap Adaptif dan relevan dengan ilmu pengetahuan terkini (evidence-based medicine).



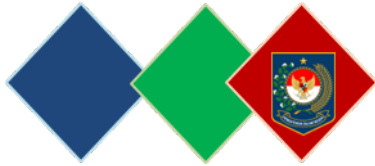
BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Pelaksanaan program aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG di RSUD Kota Bukittinggi telah memberikan kontribusi nyata dalam meningkatkan mutu dan keselamatan layanan emergensi obstetri. Melalui kegiatan perumusan standar, sosialisasi, serta simulasi interprofesi yang intensif, tim medis (dokter, perawat, bidan) di IGD dan PONEK menjadi lebih terampil, terkoordinasi, dan percaya diri dalam memberikan penanganan yang cepat dan terstandar pada kasus Preeklampsia–Eklampsia. Keberadaan SOP SIGAP GEMILANG ini secara langsung meningkatkan keseragaman tindakan dan kejelasan peran (role clarity).

Program ini juga berhasil memperkuat koordinasi dan sinergi tim dalam situasi gawat darurat, serta menumbuhkan kesadaran bersama akan pentingnya standarisasi protokol untuk kecepatan respons klinis. Selain itu, inovasi SOP SIGAP GEMILANG yang didukung oleh media sosialisasi dan simulasi terstruktur telah mempermudah akses informasi dan meningkatkan efektivitas pembelajaran berkelanjutan bagi seluruh staf. Secara keseluruhan, penerapan SOP SIGAP GEMILANG menjadi solusi efektif dalam mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di lingkungan RSUD Kota Bukittinggi.



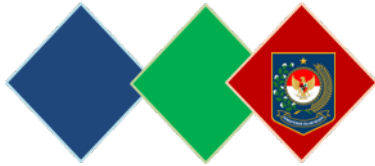
Selain peningkatan kompetensi teknis, keberhasilan implementasi SOP SIGAP GEMILANG ini tidak terlepas dari penerapan nilai-nilai BerAKHLAK (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) yang menjadi landasan dalam setiap tahapan kegiatan. Nilai tersebut memperkuat semangat kerja sama, kepedulian, serta profesionalisme petugas dalam memberikan pelayanan terbaik, menjadikan SOP SIGAP GEMILANG sebagai model inovasi layanan yang berkelanjutan.

B. Rekomendasi

1) Untuk Penyelenggara Pelatihan

Berdasarkan keberhasilan implementasi SOP SIGAP GEMILANG di RSUD Kota Bukittinggi, direkomendasikan agar penyelenggara pelatihan Latsar CPNS dapat terus mendorong peserta untuk menghasilkan inovasi yang spesifik, aplikatif, dan berdampak nyata pada layanan klinis dan keselamatan pasien. Pelatihan Latsar sebaiknya tidak hanya berfokus pada penyampaian teori, tetapi juga memberikan ruang yang lebih luas untuk simulasi dan uji coba lapangan (field testing) aktualisasi, sehingga inovasi dapat teruji sesuai dengan kebutuhan urgensi instansi.

Diharapkan penyelenggara pelatihan juga dapat memperkuat sistem pendampingan dan monitoring pasca-Latsar untuk memastikan keberlanjutan dan institutionalization dari program inovasi. Dengan demikian, pelatihan Latsar CPNS benar-benar menjadi sarana pembentukan ASN profesional yang memiliki Kompetensi klinis tinggi,

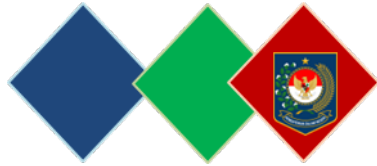


berintegritas, dan berorientasi pada pelayanan masyarakat (terutama dalam konteks kegawatdaruratan).

2) Untuk Instansi Asal peserta

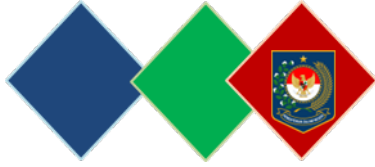
Berdasarkan hasil pelaksanaan program SOP SIGAP GEMILANG, direkomendasikan agar RSUD Kota Bukittinggi dapat memberikan dukungan berkelanjutan terhadap implementasi dan keberlanjutan inovasi yang telah dilakukan. Instansi diharapkan berperan aktif dalam menjadikan SOP SIGAP GEMILANG sebagai protokol baku dan permanen di IGD dan PONEK. Dukungan ini harus diwujudkan melalui alokasi sumber daya untuk kegiatan yang tercantum dalam Rencana Tindakan Lanjutan (RTL), termasuk penetapan jadwal rutin dan wajib untuk pelatihan penyegaran dan simulasi interprofesi (triwulanan atau semesteran) menggunakan SOP SIGAP GEMILANG, serta mengintegrasikan checklist SOP tersebut ke dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mempermudah monitoring dan audit kepatuhan. Dengan adanya dukungan penuh dan komitmen dari instansi,

SOP SIGAP GEMILANG diharapkan dapat memberikan dampak jangka panjang dalam peningkatan mutu pelayanan obstetri emergensi, memastikan keselamatan pasien, dan secara signifikan memperkuat citra RSUD Kota Bukittinggi sebagai rumah sakit rujukan yang unggul.



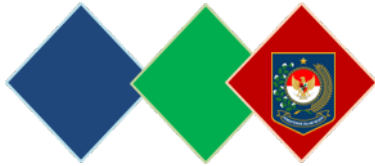
DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan.** (2023). *Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan Nomor 5 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR).** (2017). *Asuhan Persalinan Normal (APN) Edisi Terbaru*. Jakarta: JNPK-KR. (Buku panduan ini memuat standar baku penggunaan dan pengisian Partograf di Indonesia).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.** (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).** (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (SNARS Ed. 1)*. Jakarta: KARS. (Merujuk pada Standar Sasaran Keselamatan Pasien/SKP, khususnya SKP 2 tentang Komunikasi Efektif).
- RS Achmad Mochtar Bukittinggi.** (2024). *Data Kasus Obstetri Tahun 2024*. Laporan Data Internal/Data Rujukan. Bukittinggi: RS Achmad Mochtar Bukittinggi.
- RSUD Kota Bukittinggi.** (2025). *Rekapitulasi Kasus Preeklamsia Berat (PEB) di Bagian Obstetri dan Ginekologi Periode Januari–Agustus 2025*. Laporan Data Internal. Bukittinggi: RSUD Kota Bukittinggi.

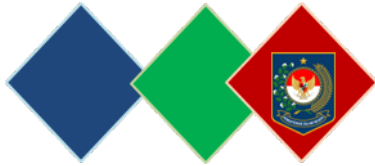


Walikota Bukittinggi. (2023). *Peraturan Walikota Bukittinggi Nomor 8 Tahun 2023 tentang Penetapan Status Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi*. Bukittinggi: Pemerintah Kota Bukittinggi.

World Health Organization (WHO). (1994). *World Health Organization Partograph in Management of Labour*. Lancet, 343(8910), 1339-1343.
(Referensi orisinal tentang Partograf).



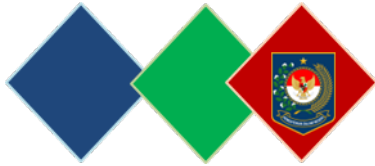
LAMPIRAN



Lampiran 1. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-1

a) Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 1	Melakukan Konsultasi dengan Mentor Mengenai Rencana Kegiatan
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	24 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya rancangan kegiatan 2. Tersedianya catatan hasil konsultasi 3. Tersedianya lembar persetujuan rencana kegiatan yang telah ditandatangani oleh mentor
Uraian kegiatan yang dilaksanakan: 1. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi a. Menyiapkan Rencana kegiatan 1) Akuntabel Sebelum berkonsultasi dengan mentor, saya merancang rencana kegiatan dengan landasan yang kuat. Setiap detail kegiatan disusun dengan data pendukung yang valid dan terdokumentasi dengan baik, memastikan bahwa rancangan tersebut dapat dipertanggungjawabkan. Proses ini merupakan perwujudan sikap proaktif dan menjamin bahwa saran serta masukan dari mentor didasarkan pada dokumen awal yang komprehensif. 2) Kompeten Sebelum sesi konsultasi, saya menyusun rancangan kegiatan dengan kualitas terbaik, memastikan isinya berpedoman pada penulisan rancangan kegiatan yang benar. Saya merancang substansi klinis SOP berdasarkan kemampuan dan keahlian spesialisasi saya. Saya memastikan SOP yang dirumuskan mencakup standar penatalaksanaan emergensi Preeklampsia–Eklampsia yang terbaru, evidence-based, dan relevan dengan kasus yang sering ditemui di RSUD Kota Bukittinggi. Keterlibatan langsung ini menjamin bahwa	



panduan teknis yang dituangkan dalam SOP bukan hanya baku, tetapi juga praktis dan mudah diterapkan oleh tim medis.

3) Kolaboratif

Saya memastikan SOP dapat diterapkan secara efektif dan komprehensif dengan melibatkan lintas profesi (termasuk perawat, bidan, dan manajemen unit terkait) dalam proses penyusunannya. Upaya ini bertujuan memastikan setiap peran terakomodasi dengan baik, dan menciptakan sinergi tim yang kuat serta rasa kepemilikan bersama terhadap standar penatalaksanaan emergensi yang dihasilkan.

4) Adaptif

Untuk memastikan SOP memiliki landasan ilmiah yang kuat dan mutakhir, saya memanfaatkan teknologi dan platform digital terkini dalam mencari referensi penyusunan SOP. Hal ini merupakan upaya untuk meningkatkan pengetahuan, memastikan bahwa standar penatalaksanaan emergensi Preeklampsia–Eklampsia yang dirumuskan didasarkan pada panduan klinis (evidence-based medicine) terbaru, baik nasional maupun internasional

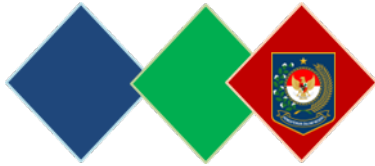
b. Melakukan konsultasi dengan Mentor mengenai rencana kegiatan

1) Berorientasi Pelayanan

Saat berkonsultasi dengan mentor, saya bersikap responsif, santun, dan proaktif dalam menerima arahan. Saya memastikan setiap masukan dari mentor dicatat dengan baik, sebagai wujud implementasi nilai Harmonis dan penghormatan terhadap peran pembimbing. Tindakan ini menjamin bahwa seluruh saran mentor dapat ditindaklanjuti untuk menyempurnakan SOP, sekaligus menciptakan komunikasi yang efektif dan suasana yang kondusif.

2) Harmonis

Saya berkomitmen membangun komunikasi yang efektif dan Harmonis dengan mentor. Hal ini diwujudkan dengan menghargai setiap pandangan dan arahan yang diberikan, yang merupakan refleksi dari



nilai Loyal terhadap bimbingan pimpinan. Sikap ini penting untuk memastikan seluruh masukan dipertimbangkan dan menciptakan suasana kerja yang kondusif demi kelancaran SOP.

3) Kolaboratif

Saya melaksanakan konsultasi dengan mentor pada tanggal yang telah ditentukan yakni pada tanggal 29 September 2025. Dalam pertemuan tersebut, saya memaparkan maksud dan tujuan rancangan aktualisasi, dilanjutkan dengan permintaan saran dan masukan terkait perbaikan atau penambahan rencana kegiatan. Saya akan terbuka terhadap masukan dan bersedia menyempurnakan rencana berdasarkan diskusi bersama.

c. Meminta Persetujuan Mentor atas Rencana Kegiatan

1) Akuntabel

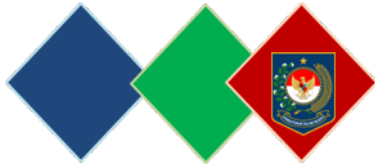
Saya memastikan adanya persetujuan Mentor secara tertulis dan formal. Dokumentasi persetujuan ini memiliki tujuan krusial: pertama, untuk menegaskan legalitas dan legitimasi dari setiap kegiatan yang direncanakan; dan kedua, untuk menjamin bahwa seluruh tahapan proses pembuatan SOP hingga implementasinya dapat dipertanggungjawabkan secara menyeluruh kepada instansi dan manajemen rumah sakit.

2) Loyal

Dalam melaksanakan tugas dan proyek aktualisasi SOP, saya senantiasa menjunjung tinggi nilai Loyal dengan menunjukkan sikap setia dan patuh terhadap hierarki organisasi. Kepatuhan ini penting untuk menjaga Harmonisasi dan memastikan bahwa setiap langkah kegiatan, termasuk konsultasi dan pelaporan, selaras dengan kebijakan dan arahan dari pimpinan instansi

3) Harmonis

Dalam proses pengajuan permintaan persetujuan kepada mentor, saya memastikan untuk senantiasa menerapkan nilai Harmonis dengan



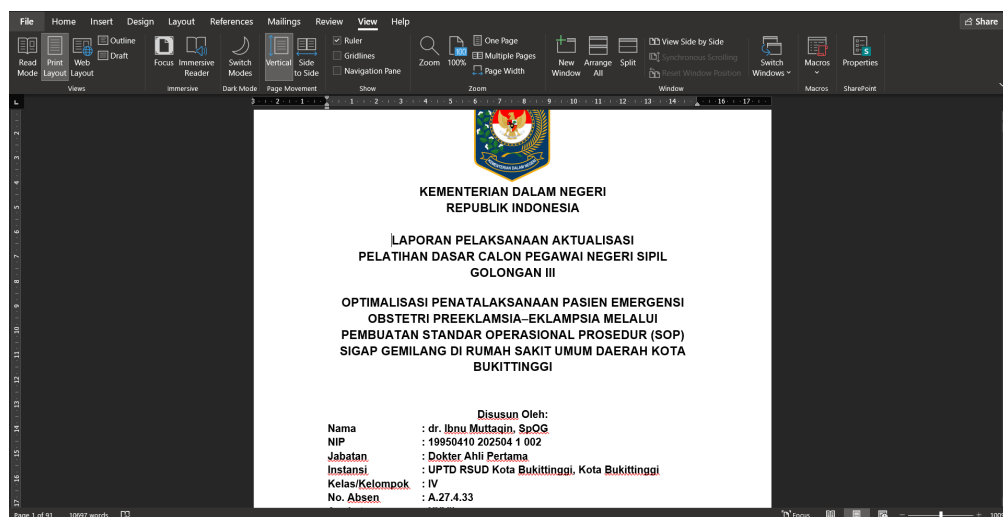
menjaga sikap sopan, menghargai, dan penuh etika. Sikap profesional ini merupakan perwujudan dari Berorientasi Pelayanan kepada pimpinan, yang bertujuan menciptakan komunikasi yang efektif, menumbuhkan rasa saling hormat, dan memastikan proses persetujuan rancangan SOP berjalan dengan lancar.

2. Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence

a. Menyiapkan Rancangan Kegiatan

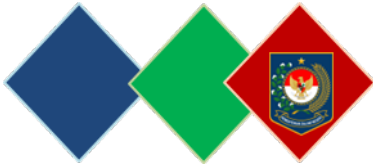
Sebelum melakukan konsultasi dengan mentor, saya terlebih dahulu menyiapkan bahan konsultasi berupa rancangan kegiatan yang telah saya buat sebelumnya. Hal ini dikarenakan agar pada saat melakukan konsultasi dengan mentor dapat berjalan dengan baik dan mentor dapat mengetahui maksud dan tujuan dari rancangan kegiatan yang akan dilaksanakan kedepannya.

Gambar 1.1. Rancangan Aktualisasi



b. Melakukan Konsultasi Dengan Mentor mengenai Rencana Kegiatan

Selama sesi konsultasi, saya berkomunikasi menggunakan bahasa yang baik dan sopan sehingga proses diskusi berjalan efektif. Etika komunikasi yang terjaga ini memastikan mentor memahami secara jelas program aktualisasi yang akan dilaksanakan. Sebagai hasilnya, mentor



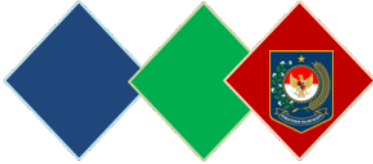
memberikan saran dan masukan berharga yang akan digunakan untuk mengoptimalkan pelaksanaan rancangan aktualisasi.

Gambar 1.2. Melakukan Konsultasi Dengan Mentor



c. Meminta Persetujuan Mentor atas Rencana Kegiatan

Setelah memaparkan maksud dan tujuan rancangan aktualisasi secara rinci, serta menerima saran dan masukan dari mentor, langkah berikutnya adalah mengajukan permintaan persetujuan secara formal kepada mentor untuk memulai pelaksanaan aktualisasi



Gambar 1.3. Persetujuan Mentor Pelaksanaan Aktualisasi

PEMERINTAH KOTA BUKITTINGGI
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Jl. Hy. Pans, Kubu Galai Buncab-Bukittinggi, Telp: 0752-6236117
Kode Pos 26122, email: rsudbukittinggi@gmail.com

Surat Persetujuan Aktualisasi

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Yella Karmidza, Sp.KKLP
NIP : 197403282005012006
Jabatan : Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis
Unit Kerja : RSUD Kota Bukittinggi
Instansi : Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

Mendukung dan menyetujui kegiatan aktualisasi yang diajukan oleh :

Nama : dr. Ibnu Muttaqin, Sp.OG
NIP : 199504102025041002
Jabatan : Dokter Ahli Pertama
Unit Kerja : RSUD Kota Bukittinggi
Instansi : Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi

No	Judul Aktualisasi
1	OPTIMALISASI PENATALAKSANAAN PASIEN EMERGENSI OBSTETRI PREKLAMPSIA-EKLAMPSIA MELALUI PEMBUATAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) SIGAP GEMILANG DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BUKITTINGGI

Bukittinggi, 08 Oktober 2025

Dr. Yella Karmidza, Sp.KKLP
NIP. 197403282005012006

Gambar 1.5. Lembar Persetujuan Aktualisasi

PEMERINTAH KOTA BUKITTINGGI
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BUKITTINGGI
Jln. Hy Pans Kubu Galai Buncab, Bukittinggi Telp: 0752-6236117 Email: rsudbukittinggi@gmail.com

SURAT PERSETUJUAN PELAKSANAAN KEGIATAN LATSAR CPNS
Nomor: 4458/RSUD-BKT/X/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : dr. Muryani Dhatri, M.Kes
NIP : 19760111 200604 2 012
Pangkat/Golongan : Pembina Tk.I/IV-b
Jabatan : Direktur RSUD Kota Bukittinggi

Dengan ini memberikan persetujuan kepada

Nama : dr. Ibnu Muttaqin Sp.OG
NIP : 19950410 202504 1 002
Pangkat/Golongan : Penata Muda Tk.I/IIIb
Jabatan : Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) Dokter Ahli Pertama

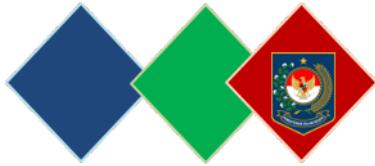
Untuk melaksanakan Kegiatan Habitasi dalam rangka Pelatihan Dasar Calon Pegawai Negeri Sipil 2025 (Latsar CPNS 2025) dengan judul aktualisasi "Optimalisasi Penatalaksanaan Pasien Emergensi Obstetri Preeklamsia-Eklamsia Melalui Pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) Sigap Gemilang di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bukittinggi".

Kegiatan ini dilaksanakan dalam rangka penerapan nilai-nilai dasar ASN BerAKHLAK serta penguatan kompetensi Smart ASN, dengan waktu pelaksanaan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh pihak penyelenggara pelatihan.

Demikian surat persetujuan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, 1 Oktober 2025
Mengetahui dan menyetujui,
Direktur RSUD Kota Bukittinggi

dr. Muryani Dhatri, M.Kes
Pembina Tk.I/IV-b
NIP. 197601112006042012



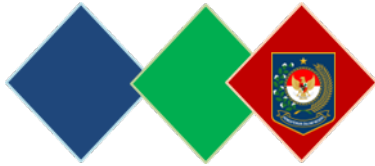
3. Deskripsi Proses Dan Kualitas Produk Kegiatan

a. Menyiapkan Rancangan Kegiatan

Pada hari Sabtu, 27 September 2025, saya melakukan persiapan dokumen secara menyeluruh sebelum menghadap Mentor. Persiapan ini mencakup seluruh bahan konsultasi yang diperlukan untuk memulai aktualisasi. Secara spesifik, bahan tersebut terdiri dari dua komponen utama. Pertama, Rancangan Kegiatan Aktualisasi yang berfungsi sebagai panduan rinci dan terstruktur bagi Mentor untuk memahami alur, tahapan, dan hasil yang diharapkan dari setiap kegiatan SOP SIGAP GEMILANG. Kedua, saya juga menyiapkan draf surat persetujuan pelaksanaan yang telah diisi. Dokumen draf surat ini disiapkan sedini mungkin agar persetujuan formal dan tertulis dari Mentor dapat segera diperoleh, sehingga seluruh kegiatan aktualisasi pada masa habituasi dapat dimulai tepat waktu dan memiliki dasar legalitas yang kuat.

b. Melakukan Konsultasi Dengan Mentor mengenai Rancangan Kegiatan

Pada hari Selasa, 29 September 2025, saya memulai proses konsultasi dengan meminta kesediaan waktu Mentor secara formal dan terencana, memastikan waktu pertemuan yang dipilih tidak mengganggu jadwal pelayanan klinis Mentor. Setelah waktu disepakati, pertemuan dimulai dengan menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus atas waktu berharga yang telah diluangkan Mentor. Selanjutnya, saya melakukan pemaparan secara komprehensif mengenai Rancangan Aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG, mencakup latar belakang, tujuan, tahapan kegiatan yang rinci, dan hasil yang diharapkan. Setelah pemaparan, saya meminta masukan dan arahan spesifik dari Mentor terkait kelayakan klinis dan administratif SOP. Permintaan ini disertai dengan komitmen penuh untuk menerima segala kritik, saran, dan perbaikan, serta menggunakannya sebagai pedoman utama demi terselenggaranya proses aktualisasi yang lebih optimal dan sesuai dengan visi organisasi.



c. **Meminta Persetujuan Mentor Atas Rencana Kegiatan**

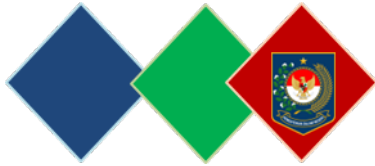
Setelah menyelesaikan seluruh sesi konsultasi mengenai rancangan dan rencana kegiatan aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG, saya segera mengajukan permintaan persetujuan pelaksanaan aktualisasi secara formal kepada Mentor. Permintaan ini disampaikan dengan menggunakan bahasa yang santun, sopan, dan profesional untuk menunjukkan rasa hormat. Pada saat pengajuan, saya menegaskan kembali komitmen penuh untuk melaksanakan seluruh tahapan kegiatan yang telah disepakati dengan kualitas terbaik, penuh tanggung jawab, dan dedikasi tinggi, memanfaatkan setiap kompetensi klinis yang saya miliki. Sebelum mengakhiri pertemuan, saya memohon doa dan dukungan berkelanjutan dari Mentor agar seluruh proses aktualisasi dapat berjalan lancar tanpa hambatan, dan saya memastikan bahwa semua saran, masukan, serta arahan yang diberikan Mentor telah dicatat dengan jelas dan rinci sebagai pedoman utama di lapangan.

4. Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi, dan tugas organisasi

Kegiatan konsultasi dengan mentor mengenai rencana kegiatan ini merupakan langkah strategis yang mendukung visi RSUD dalam meningkatkan mutu pelayanan maternal emergensi. Dengan adanya kegiatan ini dapat menguatkan pelayanan dan tatalaksana pasien dengan evidence base dan standar profesional sehingga nilai Akuntabel, Kompeten dan Kolaboratif dapat di capai

5. Analisis Dampak (Terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS)

Apabila kegiatan konsultasi dengan mentor ini tidak dilaksanakan dengan mengedepankan nilai-nilai dasar BerAKHLAK, risiko kesalahpahaman dan komunikasi yang tidak efektif akan meningkat. Kondisi ini secara langsung akan mengganggu hubungan kerja yang baik dan menghambat kelancaran pelaksanaan aktualisasi SOP. Dampak akhirnya adalah kurang maksimalnya hasil dan tujuan yang hendak dicapai, baik dari segi kualitas SOP maupun penerapan standar pelayanan maternal emergensi di RSUD

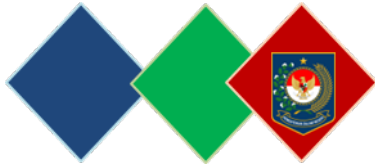


b) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh mentor

Nama Peserta		dr. Ibnu Muttakin, Sp. OG		
Satuan Kerja		RSUD Kota Bukittinggi		
Tempat Aktualisasi		RSUD Kota Bukittinggi		
No	Tanggal/Waktu	Uraian	Catatan Mentor	Paraf Mentor
	29/9-25	Melakukan untuk revisi revisi aktualisasi	1. Selesai dengan baik	
	9/10-25	Melakukan revisi dan membuat draft SOP, Algoritma, (Flow Chart) dan QR Code SOP dalam bentuk flowchart.	2. Selesai dengan baik	
	15/10-25	Melakukan simulasi SOP siap digunakan. Setelah dengan hasil simulasi	3. Selesai dengan baik	

c) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh Coach

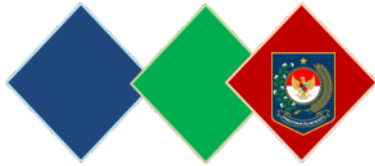
Nama Peserta		:		
Satuan kerja		:		
Tempat Aktualisasi		:		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/output	Paraf mentor



Lampiran 2. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-2

d) Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 2	Melakukan Pembentukan SOP SIGAP GEMILANG
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	1 Oktober – 8 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya referensi untuk pembuatan SOP SIGAP GEMILANG 2. Tersedianya Draft Sop SIGAP GEMILANG 3. Tersedianya catatan hasil konsultasi mengenai Draft SIGAP GEMILANG yang disetujui oleh mentor
Uraian kegiatan yang dilaksanakan: 1. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi a. Melakukan kajian Pustaka terhadap Pedoman Praktek Klinis POGI, PNPK Kemenkes sebagai Pedoman dalam Pembuatan SOP 1) Adaptif Saya secara aktif mencari dan membuka diri pada literatur serta pedoman klinis terbaru yang digunakan sebagai standar pelayanan emergensi Obgyn. Pendekatan ini memastikan bahwa panduan teknis yang dihasilkan memiliki landasan ilmiah terkini dan sangat relevan untuk diterapkan dalam praktik klinis di RSUD Kota Bukittinggi 2) Kompeten Saya secara proaktif memperkaya pengetahuan dengan mempelajari secara mendalam Pedoman Praktik Klinis (PPK) POGI dan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Kementerian Kesehatan. Upaya ini menjamin bahwa seluruh substansi SOP yang dirumuskan merupakan standar pelayanan tertinggi dan terkini dalam tatalaksana emergensi Obgyn, serta dapat dipertanggungjawabkan keakuratannya	



3) Akuntabel

Saya mendokumentasikan setiap langkah dan tahapan kegiatan yang saya laksanakan. Dokumentasi ini berfungsi sebagai bukti fisik (evidence) yang memastikan bahwa proses perancangan dan implementasi SOP telah dilakukan sesuai prosedur dan dapat dipertanggungjawabkan.

- b. Melakukan penarikan kesimpulan dari referensi dan menjadikan suatu draft SOP

1) Kompeten

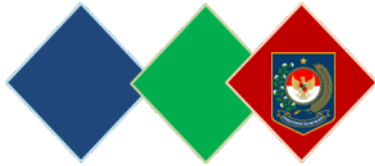
Saya memanfaatkan seluruh pengetahuan klinis saya sebagai Dokter Spesialis Obgyn untuk menyusun substansi SOP. Keahlian ini menjadi dasar utama untuk memastikan bahwa SOP yang dirumuskan sesuai dengan standar profesional tertinggi dan merupakan tatalaksana emergensi Preeklampsia–Eklampsia yang paling akurat dan mutakhir, sehingga hasilnya dapat dipertanggungjawabkan

2) Akuntabel

Saya memastikan penyusunan SOP didukung oleh sumber referensi yang jelas dan otoritatif. Referensi ini mencakup pedoman klinis yang menjamin bahwa SOP memiliki landasan ilmiah yang kuat. Penggunaan sumber yang transparan dan valid ini penting agar substansi SOP dapat dipertanggungjawabkan keakuratannya oleh seluruh tim medis di RSUD Kota Bukittinggi.

3) Loyal

Saya menyusun rancangan SOP dengan dedikasi tinggi dan penuh kesungguhan untuk kepentingan organisasi (RSUD Kota Bukittinggi) serta memastikan bahwa hasil dari aktualisasi ini dapat memberikan kontribusi nyata dalam peningkatan mutu pelayanan maternal emergensi dan keselamatan pasien di instansi.



c. Melakukan Konsultasi Dengan Mentor terkait draft SOP SIGAP GEMILANG

1) Harmonis

Saya senantiasa menjaga komunikasi yang baik dan efektif untuk menciptakan suasana yang baik, memastikan bahwa diskusi berjalan lancar, dan semua masukan dari berbagai pihak dapat diterima serta diintegrasikan ke dalam draf SOP tanpa menimbulkan konflik.

2) Kolaboratif

Saya menerima semua masukan dan saran dari mentor dengan sikap terbuka dan positif untuk menyempurnakan rancangan SOP, memastikan bahwa setiap aspek telah melalui tinjauan ahli, sehingga rencana kegiatan aktualisasi dapat dilaksanakan dengan hasil yang lebih optimal dan akurat.

3) Beroroentasi pelayanan

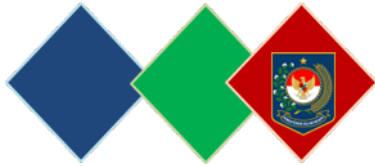
Saya berupaya maksimal untuk memastikan draf SOP yang disusun memberikan manfaat maksimal bagi layanan Emergensi Obgyn di RSUD Kota Bukittinggi dengan menyalurkan keahlian klinis saya untuk merumuskan panduan yang efektif, efisien, dan berdampak langsung pada peningkatan keselamatan pasien dan mutu pelayanan maternal emergensi.

4) Loyal

Saya menjaga dan mematuhi setiap aturan, regulasi, dan kebijakan yang telah ditetapkan oleh instansi dan memastikan bahwa seluruh proses aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG saya laksanakan sesuai koridor hukum dan standar operasional yang berlaku, sehingga seluruh tindakan dapat dipertanggungjawabkan.

2. Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence

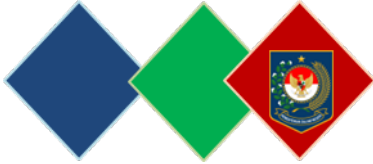
a. Melakukan kajian pustaka terhadap Pedoman Praktek Klinis POGI, PNPk Kemenkes sebagai pedoman dalam pembuatan SOP



Sebelum menyusun substansi teknis SOP, saya terlebih dahulu melakukan kajian pustaka secara mendalam terhadap sumber otoritatif seperti Pedoman Praktik Klinis (PPK) POGI dan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Kemenkes agar substansi SOP yang dirumuskan memiliki landasan ilmiah yang kuat dan merupakan standar pelayanan terkini.

Gambar 2.1. Kajian Pustaka



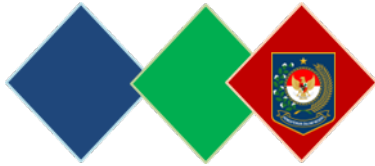


b. Melakukan penarikan kesimpulan dari referensi dan menjadikan suatu draft SOP

Setelah melakukan kajian pustaka mendalam, saya selanjutnya menarik kesimpulan dari berbagai referensi klinis (PPK POGI dan PNPK Kemenkes) dan menuangkannya ke dalam sebuah draf SOP SIGAP GEMILANG. Hal ini dikarenakan agar substansi klinis yang terdapat dalam SOP dapat dijadikan panduan teknis yang akurat dan aplikatif oleh tim medis di RSUD. Proses penarikan kesimpulan ini memanfaatkan kompetensi klinis saya sebagai Dokter Obgyn, yang menjamin bahwa draf SOP yang dihasilkan memiliki standar mutu tertinggi dan dapat dipertanggungjawabkan.

Gambar 2.2. Diskusi Draft Penarikan Kesimpulan Pembuatan SOP SIGAP GEMILANG





Gambar 2.3. Draft SOP SIGAP GEMILANG

PENGERTIAN	PE (preeklamsi) : hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan / diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ. TD $\geq$140/90 setelah gestasi 20 minggu dengan salah satu gejala berikut : a. Proteinuria 300mg/24jam atau + 1 b. Kreatinin Serum > 1,1 mg/dl c. Edema paru d. Peningkatan fungsi hati > 2 kali e. Trombosit > 100.000 f. Nyeri kepala, nyeri epigastrium, dan gangguan penglihatan. PEB (preeklamsi berat) : Kondisi preeklamsi di sertai dengan temuan klinis dan penunjang di bawah ini TD $\geq$160/110 ditambah dengan salah satu gejala berikut : a. Proteinuria 300mg/24jam atau + 1 b. Kreatinin Serum > 1,1 mg/dl c. Edema paru d. Peningkatan fungsi hati > 2 kali e. Trombosit < 100.000 f. Nyeri kepala, nyeri epigastrium, dan gangguan penglihatan. EKLAMSI : Kejang yang tidak disebabkan oleh adanya kelainan lain pada wanita hamil yang menderita preeklampsia berat
TUJUAN	Agar pasien Preeklampsia/ Eklampsia mendapatkan penanganan yang optimal

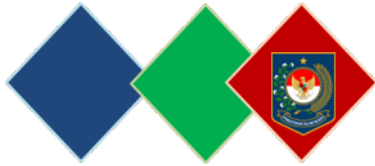
c. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait draft SOP SIGAP GEMILANG

Sebelum melakukan pertemuan, saya terlebih dahulu menghubungi Mentor untuk meminta kesediaan waktu dan menyiapkan draf SOP SIGAP GEMILANG yang telah disusun sebagai bahan diskusi utama. Hal ini dikarenakan agar pada saat konsultasi, proses dapat berjalan efisien, beretika, dan lancar, di mana Mentor dapat memberikan masukan dan arahan yang berharga untuk menyempurnakan draf. Keterbukaan terhadap masukan Mentor ini merupakan wujud nilai Harmonis dan Adaptif, memastikan bahwa SOP yang dihasilkan telah melalui tinjauan ahli dan siap untuk diterapkan.

3. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

a. Melakukan kajian pustaka terhadap Pedoman Praktek Klinis POGI, PNPK Kemenkes sebagai pedoman dalam pembuatan SOP

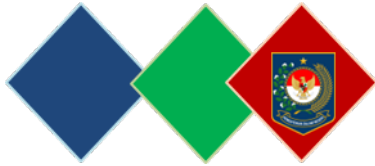
Pada hari Senin, tanggal 6 Oktober 2025, saya memulai tahapan penyusunan SOP dengan melakukan identifikasi dan kajian literatur secara mendalam terhadap sumber-sumber standar pelayanan yang



paling otoritatif. Secara spesifik, saya mempelajari Pedoman Praktik Klinis (PPK) POGI dan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Kemenkes yang secara langsung terkait dengan penanganan kasus emergensi Obgyn di IGD dan PONEK. Kajian ekstensif ini bertujuan untuk menyarikan rekomendasi klinis dan alur tatalaksana terkini (evidence-based) yang paling relevan dan efektif. Setiap rekomendasi yang disarikan kemudian didokumentasikan secara sistematis, termasuk informasi lengkap mengenai sumber referensi dan tahun publikasi. Dokumentasi detail ini sangat penting untuk menjamin landasan ilmiah yang kuat, kepatuhan terhadap regulasi nasional, serta akuntabilitas substansi dari SOP SIGAP GEMILANG yang akan saya susun.

b. Melakukan penarikan kesimpulan dari referensi dan menjadikan suatu draft SOP.

Pada hari Selasa, tanggal 7 Oktober 2025, setelah menyelesaikan kajian mendalam terhadap referensi utama seperti Pedoman Praktik Klinis (PPK) POGI dan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Kemenkes, saya mensintesis dan mensinkronkan data klinis dari berbagai sumber tersebut. Tujuan dari sinkronisasi ini adalah untuk merumuskan alur penatalaksanaan yang paling optimal, efisien, dan sesuai standar nasional untuk kasus gawat darurat obstetri, khususnya Preeklampsia–Eklampsia. Selanjutnya, saya menuangkan substansi klinis inti tersebut ke dalam format baku Standar Operasional Prosedur (SOP) yang resmi berlaku di RSUD (termasuk format tata naskah dan penomoran). Dokumen ini secara spesifik memuat langkah-langkah assessment awal, diagnostik cepat, hingga tatalaksana definitif pasien. Hasil dari proses ini adalah terbentuknya Draf SOP SIGAP GEMILANG yang memiliki landasan ilmiah kuat dan siap untuk divalidasi serta dikonsultasikan kepada Mentor.

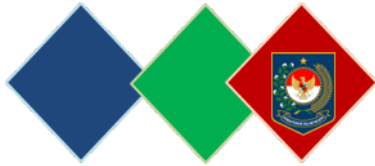


c. Melakukan konsultasi dengan mentor terkait draf SOP SIGAP GEMILANG

Pada hari Rabu, 8 Oktober 2025, Saya memulai proses konsultasi kedua ini dengan menghubungi Mentor untuk menjadwalkan pertemuan secara formal dan tepat waktu. Sebelumnya, saya telah menyiapkan seluruh bahan konsultasi, yaitu draf SOP SIGAP GEMILANG yang telah disusun berdasarkan kajian literatur. Dalam sesi konsultasi, saya mempresentasikan draf SOP secara terstruktur dan sistematis, menjelaskan setiap langkah tatalaksana dan landasan klinis yang menjadi dasar penyusunannya. Setelah pemaparan, saya memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada Mentor untuk memberikan umpan balik, koreksi, dan saran terhadap substansi maupun format SOP. Seluruh masukan kritis yang disampaikan oleh Mentor, termasuk detail teknis dan administratif, saya catat secara rinci dan verbatim. Pencatatan ini dilakukan untuk memastikan adanya kesepahaman penuh mengenai revisi draf SOP yang harus ditindaklanjuti, menjamin bahwa SOP final yang disempurnakan sejalan dengan arahan pimpinan.

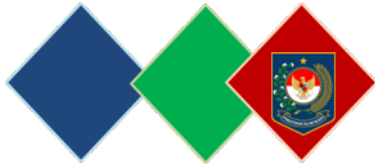
4. Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi, dan tugas organisasi

Tahapan Melakukan pembentukan SOP SIGAP GEMILANG merupakan inti dari peningkatan kualitas pelayanan obstetri emergensi. Dengan berhasilnya pembentukan SOP yang berbasis evidence-based medicine dan standar profesional tertinggi, RSUD memiliki panduan baku yang jelas untuk tatalaksana kasus gawat darurat maternal. Ketersediaan standar yang kokoh dan dapat dipertanggungjawabkan ini secara langsung mendukung Misi Organisasi dalam menyediakan layanan kesehatan bermutu, yang pada gilirannya akan Meningkatkan citra RSUD sebagai Rumah Sakit rujukan emergensi obstetri yang andal dan terpercaya di mata masyarakat maupun institusi kesehatan lainnya.



5. Analisis Dampak (Terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS)

Apabila tahapan pembentukan SOP SIGAP GEMILANG tidak dilaksanakan berdasarkan Nilai-Nilai Dasar (NDS/BerAKHLAK), terutama pengabaian nilai Kompeten dan Kolaboratif, SOP yang dihasilkan akan tidak akurat dan tidak aplikatif, yang berakibat pada peningkatan risiko kesalahan medis dan ketidakseragaman tatalaksana di Satuan Kerja (RSUD). Dampak ini pada gilirannya akan menyebabkan pelayanan yang suboptimal bagi masyarakat, meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas maternal karena kesalahan atau keterlambatan penanganan, serta merusak citra RSUD sebagai Rumah Sakit rujukan emergensi obstetri yang akuntabel..

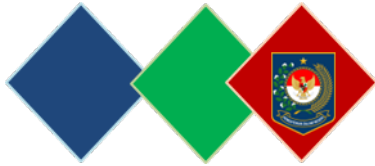


b) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh mentor

Nama Peserta		dr. Ibnu Muttaqin, Sp. OG		
Satuan Kerja		RSUD Kota Bukittinggi		
Tempat Aktualisasi		RSUD Kota Bukittinggi		
No	Tanggal/Waktu	Uraian	Catatan Mentor	Paraf Mentor
23	9-25	Melakukan observasi awal terhadap keadaan	1. Sudah sangat baik	<i>[Signature]</i>
24	10-25	- Melakukan observasi dan wawancara draft SOP - Melakukan Draft SOP, Algoritma, Flow Chart dan QR Code SOP dalam bentuk Flowchart.	2. Sudah di lakukan	<i>[Signature]</i>
25	11-25	Melakukan simulasi SOP SIGAP GEMILANG Algoritma dengan bantuan simulasi	3. Sudah di lakukan simulasi SOP	<i>[Signature]</i>

c) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh Coach

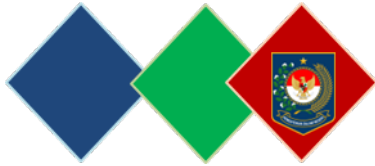
Nama Peserta		:		
Satuan kerja		:		
Tempat Aktualisasi		:		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/output	Paraf mentor



Lampiran 3. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-3

a. Tabel pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 3	Melakukan Pembuatan Media Sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	9 Oktober – 15 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya Design SOP SIGAP GEMILANG 2. Tersedianya cetakan SOP dan QR Code SOP SIGAP GEMILANG
Uraian kegiatan yang dilaksanakan: 1. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi a. Membuat Design Visual SOP dan QR Code SIGAP GEMILANG 1) Berorientasi Pelayanan Untuk memastikan SOP SIGAP GEMILANG dapat diimplementasikan secara cepat dan efektif, saya menyajikan SOP dalam bentuk yang ringkas, visual, dan mudah dipahami oleh Tim IGD dan PONEK. Format SOP disesuaikan dengan kebutuhan operasional di lapangan, sehingga meminimalkan kebingungan, mempercepat pengambilan keputusan klinis, dan secara langsung meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. 2) Harmonis Untuk menumbuhkan suasana kerja yang mendukung sinergi tim, saya menyajikan informasi pada SOP dalam bahasa dan format yang mudah dipahami oleh seluruh profesi (Dokter, Bidan, Perawat) di IGD dan PONEK. Keseragaman pemahaman ini sangat krusial dalam menciptakan kolaborasi yang efektif, meminimalkan kesalahpahaman prosedural antarprofesi, dan menjamin respons cepat yang terkoordinasi saat menangani kasus emergensi maternal	



3) Loyal

Pembuatan SOP ini merupakan wujud dedikasi tinggi saya terhadap organisasi. Dedikasi ini sepenuhnya diarahkan untuk peningkatan mutu layanan emergensi obstetri di RSUD, sekaligus menyediakan panduan kerja yang standar dan akurat demi keselamatan pasien dan profesionalisme tim klinis

4) Adaptif

Saya memanfaatkan teknologi digital (misalnya kode QR atau e-document) dalam penyediaan SOP, dengan tujuan untuk memastikan SOP mudah diakses, dipahami, dan digunakan oleh Tenaga Kesehatan di IGD dan PONEK kapan pun dibutuhkan. Akses yang cepat dan instan terhadap SOP akan sangat mendukung kecepatan pengambilan keputusan klinis saat situasi emergensi.

5) Akuntabel

Saya mendesain media cetak dan virtual SOP SIGAP GEMILANG sesuai dengan referensi format yang terstandar yang berlaku di RSUD, sehingga SOP tidak hanya akurat secara substansi tetapi juga mudah dipahami dan diterapkan oleh Tenaga Kesehatan.

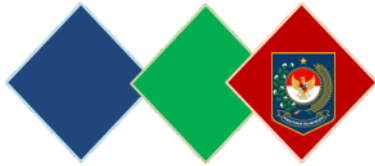
b. Melakukan Pencetakan SOP dan media akses digital QR Code

1) Harmonis

Saya memastikan penyajian informasi dalam SOP SIGAP GEMILANG melalui media visual yang didesain agar mudah dimengerti oleh seluruh lintas profesi (Dokter, Bidan, dan Perawat) di unit IGD dan PONEK. Keterpahaman visual yang tinggi ini sangat penting untuk menciptakan kesamaan persepsi dan memastikan bahwa kerjasamai tim berjalan lancar dan terkoordinasi saat menangani kasus emergensi maternal

2) Adaptif

Saya memanfaatkan teknologi QR Code dalam penyediaan SOP dengan tujuan untuk memastikan bahwa SOP dapat diakses dengan cepat, kapanpun, dan dimanapun oleh Tenaga Kesehatan di IGD dan



PONEK sehingga dapat mempercepat waktu respons dan pengambilan keputusan klinis saat terjadi situasi emergensi maternal.

3) Kompeten

Saya memastikan bahwa SOP SIGAP GEMILANG dicetak dengan kualitas dan format yang sesuai dengan pedoman desain yang berlaku, serta telah melalui verifikasi Mentor. Hal ini untuk menjamin bahwa produk akhir SOP yang akan didistribusikan kepada Tenaga Kesehatan adalah panduan yang akurat secara teknis dan telah memenuhi standar mutu yang disepakati, siap digunakan sebagai acuan kerja.

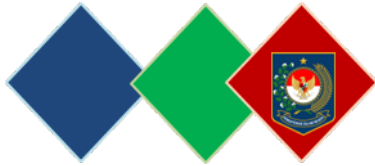
2. Teknik Aktualisasi Yang Dipergunakan Dan Bukti Fisik Kegiatan/Evidence

a. Membuat Design Visual SOP dan QR Code SIGAP GEMILANG.

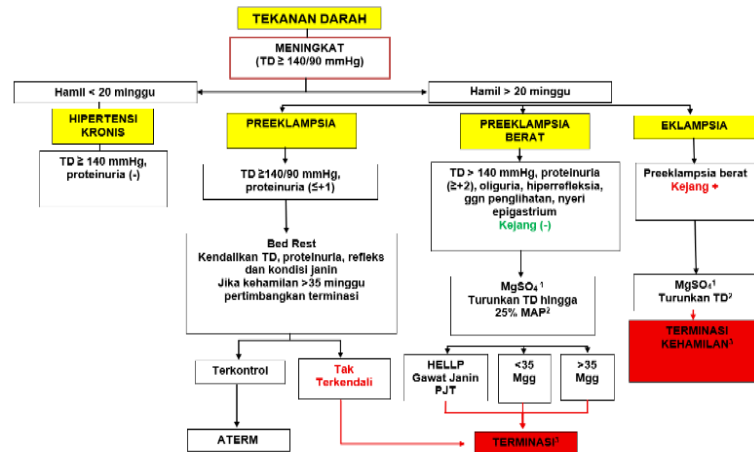
Sebelum mencetak dan mendistribusikan SOP, saya terlebih dahulu membuat desain visual SOP yang ringkas dan menarik, serta merancang QR Code untuk akses digital. Hal ini dikarenakan agar SOP tidak hanya akurat tetapi juga mudah dipahami dan diakses oleh seluruh Tenaga Kesehatan di IGD dan PONEK. Desain yang optimal dan kemudahan akses melalui QR Code sangat penting untuk mempercepat waktu respons tim saat menghadapi situasi emergensi maternal.

Gambar 3.1. Design QR Code SIGAP GEMILANG





Gambar 3.2 Design Flowchart PEB Eklampsia SIGAP GEMILANG



1. ANTI KONVULSAN

MAGNESIUM SULFAT UNTUK PREEKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA	
Dosis Inisial	MgSO ₄ 10ml IV sebagai larutan 40% selama 5 menit Segera dilanjutkan dengan 15 ml MgSO ₄ (40%) 6 g dalam larutan RL selama 6 jam Jika kejang berulang setelah 15 menit, berikan MgSO ₄ (40%) 5ml IV selama 5 menit
Dosis Pemeliharaan	MgSO ₄ 40% 2.5ml/jam melalui infus RL yang diberikan sampai 24 jam postpartum
Sebelum pemberian MgSO₄	Refleks patella (+)
Ulangan, lakukan pemeriksaan :	Urin minimal 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir Frekuensi pernafasan minimal 16 kali/menit
Hentikan pemberian MgSO₄, jika: Siapkan antidotum	Refleks patella (-), bradipnea (<16 kali/menit) Jika terjadi henti nafas : Bantu pernafasan dengan ventilator Berikan kalsium glukonas 1 g (20 ml dalam larutan 10%) IV perlahan-lahan sampai pernafasan mulai lagi

2. ANTI HIPERTENSI

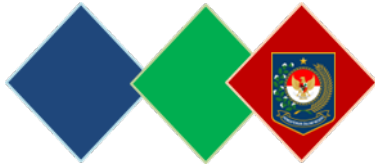
- Obat pilihan adalah Nifedipin, yang diberikan 10 mg oral yang dapat diulang 8 kali/24 jam
- Jika respon tidak membaik setelah 10 menit, berikan tambahan 10 mg Nifedipin sublingual

3. TERMINASI KEHAMILAN

- Pada PEB, persalinan harus terjadi dalam 24 jam, sedangkan pada eklampsia dalam 6 jam sejak gejala eklampsia timbul
- Jika terjadi gawat janin atau persalinan tidak dapat terjadi dalam 8 jam (pada eklampsia), lakukan Sectio Sesaria

b. Melakukan Pencetakan SOP dan Media Akses Digital QR Code

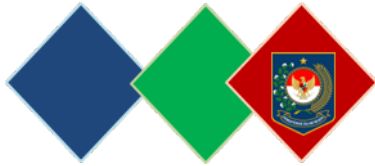
Setelah desain SOP dan QR Code disetujui Mentor, saya selanjutnya melakukan pencetakan SOP sesuai format standar yang berlaku di RSUD dan menyiapkan media akses digital QR Code untuk penempatan di area klinis strategis. Hal ini dikarenakan agar produk akhir SOP memiliki kualitas cetak yang baik dan dapat segera didistribusikan ke unit IGD dan PONEK. Pencetakan yang sesuai pedoman dan penempatan QR Code yang mudah dijangkau untuk memastikan SOP dapat digunakan sebagai acuan kerja secara cepat dan efektif



gawat darurat dan menjamin keseragaman interpretasi lintas profesi di IGD dan PONEK. Selanjutnya, saya menyiapkan file digital final SOP, melakukan pengunggahan file tersebut ke server internal yang aman dan mudah diakses. Setelah pengunggahan, saya membuat QR Code yang secara spesifik tertaut langsung ke file digital SOP tersebut. Sebagai langkah terakhir, saya melakukan validasi menyeluruh terhadap desain visual (dari segi keterbacaan) dan menguji fungsi QR Code di berbagai perangkat untuk memastikan aksesibilitas dan keterbacaan optimal sebelum dokumen tersebut diajukan untuk konsultasi dan pencetakan.

- b. Melakukan pencetakan SOP dan media akses digital QR Code
- c. Pada hari Selasa, tanggal 14 Oktober 2025, saya memulai tahapan ini dengan memfinalisasi desain cetak SOP (berupa poster alur atau infografis) dan memastikan kualitas resolusi serta formatnya telah sesuai dengan standar percetakan. Selanjutnya, saya melakukan pencetakan SOP fisik dalam jumlah yang memadai dan proporsional untuk didistribusikan ke area strategis di IGD dan PONEK. Secara terpisah, saya juga mencetak media stiker atau kartu yang memuat QR Code digital dengan tinta berkualitas tinggi agar tahan lama dan mudah dipindai. Proses ini diakhiri dengan pemeriksaan kualitas hasil cetak secara menyeluruh (memastikan warna, teks, dan kerapian poster/kartu sempurna) dan pengujian fungsionalitas QR Code sekali lagi menggunakan scanner untuk memastikan tautan digital bekerja dengan baik. Kontrol kualitas ganda ini bertujuan untuk menjamin bahwa produk fisik dan digital telah siap didistribusikan dan dipasang di unit IGD dan PONEK, sehingga dapat segera digunakan oleh tenaga medis..
- d. Melakukan Diskusi dengan mentor terkait SOP dan QR Code yang sudah di buat

Saya memulai tahapan ini dengan menghubungi Mentor untuk menetapkan waktu pertemuan konsultasi secara spesifik pada tanggal 15 Oktober 2025. Setelah mendapatkan konfirmasi, saya menyiapkan



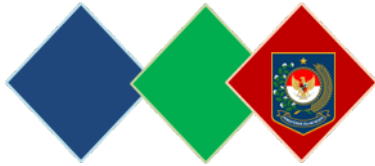
seluruh bahan presentasi yang telah dicetak dan diuji kelayakannya, yang terdiri dari draf visual SOP (dalam bentuk poster alur yang ringkas dan informatif) serta prototipe media QR Code digital yang telah diunggah. Dalam sesi diskusi, saya mempresentasikan desain visual poster tersebut secara terperinci, menjelaskan pertimbangan pemilihan warna, ikonografi, dan urutan alur klinis yang dirancang untuk kondisi gawat darurat. Selanjutnya, saya mendemonstrasikan fungsionalitas QR Code secara langsung kepada Mentor, menunjukkan kemudahan dan kecepatan akses SOP digital melalui pemindaian dengan ponsel. Tujuannya adalah untuk memvalidasi desain akhir dan mendapatkan persetujuan Mentor terhadap efektivitas format visualisasi maupun digitalisasi SOP yang baru ini sebelum dilakukan pencetakan masal dan instalasi di unit IGD dan PONEK.

4. Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi, dan tugas organisasi

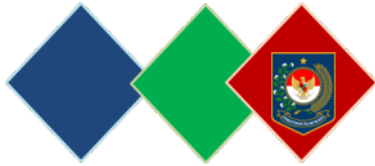
Kegiatan pembuatan media sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG (visual dan digital) secara langsung mendukung Misi Organisasi untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi. Dengan adanya media sosialisasi yang efektif dan mudah dipahami, pemahaman dan implementasi SOP akan seragam di unit IGD dan PONEK, yang merupakan prasyarat utama untuk Meningkatkan mutu layanan prima RSUD di bidang emergensi Obgyn. Standarisasi dan kecepatan respons yang dihasilkan dari pemahaman yang baik ini pada akhirnya memperkuat citra RSUD dan mendekatkan pada pencapaian Visi RSUD sebagai penyedia layanan kesehatan yang unggul dan terpercaya.

5. Analisis Dampak (Terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS)

Jika kegiatan pembuatan media sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG tidak didasarkan pada NDS, khususnya pengabaian nilai Adaptif (tidak menggunakan media digital/visual yang efektif) dan Berorientasi Pelayanan (media sulit dipahami), maka dampaknya akan besar pada Satuan Kerja (RSUD) karena SOP akan sulit diakses dan dipahami oleh Tenaga



Kesehatan. Kesalahan format komunikasi ini menyebabkan implementasi SOP tidak merata dan berpotensi memunculkan kesalahpahaman prosedural lintas profesi, yang pada akhirnya menurunkan mutu layanan emergensi secara keseluruhan. Dampak terburuk bagi Masyarakat (Pasien) adalah tatalaksana emergensi yang terlambat atau tidak standar, yang secara langsung meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas maternal akibat gagalnya sosialisasi dan pemahaman pedoman kerja.



Lampiran 4. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-4

a) Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 4	Melakukan Simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	16 Oktober – 24 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya sarana dan prasarana serta SDM yang siap untuk simulasi SOP SIGAP GEMILANG 2. Terlaksananya simulasi SOP SIGAP GEMILANG 3. Tersedianya catatan evaluasi simulasi memuat kendala dan rekomendasi untuk perbaikan SOP 4. Tersedianya masukan dan arahan dari mentor terkait kendala dan kekurangan SOP saat simulasi

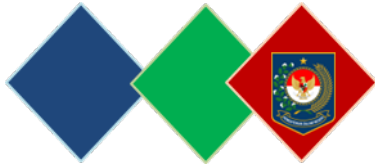
Uraian kegiatan yang dilaksanakan:

1. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi

a. Melakukan Persiapan Sarana dan Persiapan SDM IGD dan PONEK untuk simulasi SOP

1) Berorientasi Pelayanan

Saya melaksanakan persiapan sarana dan SDM IGD serta PONEK untuk simulasi SOP SIGAP GEMILANG, dengan cermat sesuai dengan tahapan yang telah saya susun, dan bersikap disiplin serta tanggung jawab pada saat persiapan dan pelaksanaan agar proses simulasi dapat berjalan dengan lancar agar semua elemen pendukung siap, sehingga peningkatan keselamatan ibu dan bayi melalui implementasi SOP dapat tercapai secara maksimal



2) Kolaboratif

Saya secara aktif mengajak lintas profesi (Dokter Umum, Bidan, Perawat) di IGD dan PONEK untuk bekerja sama dalam penyusunan skenario simulasi SOP SIGAP GEMILANG. Langkah ini untuk memastikan bahwa skenario yang dibuat realistis dan melibatkan peran setiap profesi. Kerjasama ini juga untuk memastikan semua anggota tim memiliki rasa kepemilikan terhadap SOP yang akan mereka gunakan.

3) Kompeten

Saya menggunakan pengetahuan klinis dan keahlian saya untuk menyiapkan sarana dan prasarana yang akan digunakan dalam simulasi SOP SIGAP GEMILANG, sesuai dengan standar operasional yang berlaku. Upaya ini untuk memastikan bahwa semua peralatan pendukung (obat, set alat, manekin) telah diverifikasi kelayakan dan kesiapannya, sehingga simulasi dapat berjalan mendekati kondisi nyata dan hasil evaluasinya valid.

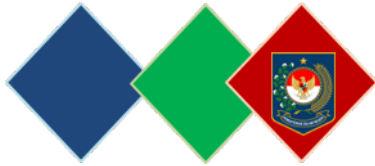
b. Melaksanakan Simulasi Penerapan SOP SIGAP GEMILANG

1) Berorientasi Pelayanan

Saya terus belajar untuk meningkatkan kompetensi diri serta melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik sesuai dengan saran dan arahan dari lintas profesi (Dokter, Bidan, Perawat) yang mengikuti pelaksanaan simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG pada saat evaluasi kegiatan. Langkah ini merupakan untuk memastikan bahwa SOP yang digunakan adalah yang paling efektif dan aplikatif di lapangan, demi peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan

2) Kompeten

Saya telah mengaplikasikan keterampilan klinis saya sesuai dengan pedoman yang tercantum dalam SOP SIGAP GEMILANG yang telah dibuat. Penerapan yang disiplin memastikan bahwa setiap tindakan medis yang dilakukan oleh tim klinis sudah akurat, sesuai standar



terbaru, dan optimal demi keselamatan serta pemulihan pasien ibu dan bayi.

3) Adaptif

Saya menyesuaikan jalannya simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG agar mencerminkan kondisi riil di lapangan, termasuk keterbatasan sumber daya atau dinamika tim di IGD/PONEK. Saya menggunakan keahlian klinis untuk menciptakan skenario yang autentik dan menantang, sehingga Tim Kesehatan benar-benar terlatih untuk merespons situasi kegawatdaruratan secara efektif dalam lingkungan kerja yang sesungguhnya.

c. Melakukan Evaluasi Simulasi untuk Mengidentifikasi Kendala dan kekurangan SOP SIGAP GEMILANG

1) Akuntabel

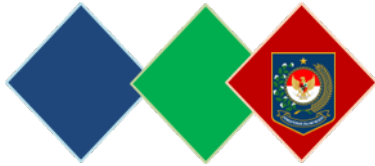
Saya mencatat seluruh hasil evaluasi simulasi SOP SIGAP GEMILANG secara objektif, lengkap, dan transparan. Pencatatan yang objektif ini memastikan bahwa data yang dikumpulkan (misalnya waktu respons, tahapan yang terlewat) akurat dan valid. Dokumentasi yang kredibel ini penting sebagai dasar pertanggungjawaban dan sebagai bahan masukan utama untuk perbaikan SOP selanjutnya

2) Kompeten

Saya telah menganalisis kendala yang muncul selama pelaksanaan simulasi SOP SIGAP GEMILANG dengan pendekatan evidence-based. Artinya, setiap identifikasi masalah dan rekomendasi perbaikan didasarkan pada data dan referensi klinis yang sah. Pendekatan ini memastikan bahwa hasil analisis dan rekomendasi yang disampaikan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan profesional.

3) Kolaboratif

Saya secara proaktif mengajak Tim IGD dan PONEK yang terlibat dalam simulasi untuk memberikan masukan konstruktif terhadap SOP SIGAP GEMILANG dan skenario yang dijalankan. Upaya ini menciptakan suasana Harmonis karena setiap anggota tim merasa didengarkan dan



dihargai. Masukan dari lapangan ini sangat vital untuk menyempurnakan SOP agar menjadi panduan kerja yang paling aplikatif dan efektif.

d. Melakukan diskusi dengan mentor terkait Simulasi penerapan SOP

1) Harmonis

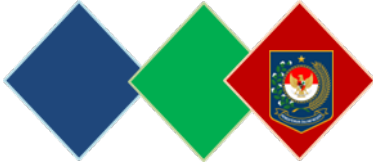
Saya melakukan komunikasi hasil sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG secara formal kepada Mentor diawali dengan menyiapkan data dan fakta valid mengenai tingkat kehadiran dan hasil pre-post test Tenaga Medis. Dalam sesi pertemuan, saya menyampaikan laporan lisan dan tertulis dengan sikap profesional dan etika komunikasi yang baik agar Mentor memperoleh gambaran menyeluruh tentang keberhasilan sosialisasi, kendala yang mungkin timbul, serta memberikan persetujuan terhadap langkah tindak lanjut selanjutnya.

2) Kolaboratif

Saya menerima semua masukan, arahan, dan koreksi yang diberikan oleh Mentor terkait hasil sosialisasi dan simulasi SOP SIGAP GEMILANG dengan sikap terbuka, kooperatif, dan rendah hati. Saya mencatat setiap detail arahan secara rinci, memastikan tidak ada poin penting yang terlewat. Masukan tersebut kemudian segera saya tindaklanjuti untuk perbaikan materi atau metode, sebagai wujud komitmen menjalankan aktualisasi sesuai dengan panduan pimpinan dan menjamin proses kerja yang Akuntabel serta optimal.

3) Loyal

Saya menghormati setiap arahan yang diberikan Mentor dengan menindaklanjutinya melalui mekanisme pelaporan secara formal dan terstruktur. Penghormatan ini saya tunjukkan dengan menyiapkan laporan tertulis dan bukti dukung yang valid, kemudian menyampaikannya pada waktu yang telah disepakati dan menggunakan etika komunikasi yang baik. Proses pelaporan formal ini memastikan bahwa Mentor memperoleh informasi yang akurat dan komprehensif mengenai kemajuan kegiatan, serta menunjukkan kepatuhan dan dedikasi saya terhadap instruksi pimpinan.



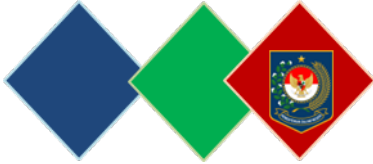
2. Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence

- a. Melakukan Persiapan Sarana dan Persiapan SDM IGD dan PONEK untuk Simulasi SOP

Sebelum melaksanakan simulasi, saya terlebih dahulu menyiapkan sarana, prasarana, dan mengkonfirmasi kesiapan SDM (Dokter, Bidan, Perawat) di unit IGD dan PONEK. Hal ini dikarenakan agar proses simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG dapat berjalan dengan lancar dan realistis, mencerminkan kondisi kegawatdaruratan yang sesungguhnya. Persiapan yang matang ini merupakan perwujudan nilai Berorientasi Pelayanan dan Kompeten, memastikan bahwa semua sumber daya telah siap dan peningkatan keselamatan ibu dan bayi melalui pelatihan simulasi dapat tercapai secara maksimal.

GAMBAR 4.1. Persiapan Sarana dan Persiapan SDM IGD dan PONEK untuk Simulasi SOP (Trolis Emergency)



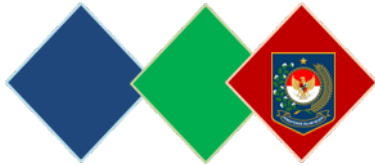


b. Melaksanakan Simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG

Setelah persiapan sarana dan SDM selesai serta disetujui Mentor, saya kemudian melaksanakan simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG dengan skenario yang dibuat semirip mungkin dengan kondisi riil kegawatdaruratan obstetri. Hal ini dikarenakan agar Tim IGD dan PONEK dapat secara langsung mengaplikasikan keterampilan klinis mereka sesuai pedoman SOP yang baru. Pelaksanaan simulasi ini menekankan pengujian efektivitas SOP dan meningkatkan kesiapan tim demi keselamatan ibu dan bayi.

Gambar 4.3 Simulasi Penggunaan SOP oleh Dokter dan Bidan PONEK





- c. Melakukan evaluasi simulasi untuk mengidentifikasi kendala, kekurangan SOP SIGAP GEMILANG

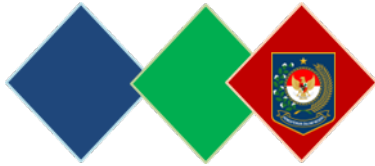
Setelah simulasi selesai, saya segera melakukan evaluasi bersama Tim IGD dan PONEK untuk mengidentifikasi kendala dan kekurangan yang muncul, baik pada pelaksanaan simulasi maupun substansi SOP SIGAP GEMILANG. Hal ini dikarenakan agar saya dapat menganalisis kendala dengan pendekatan evidence-based dan mendapatkan masukan konstruktif langsung dari pengguna di lapangan.

Gambar 4.5. Pelaksanaan Evaluasi simulasi



- d. Melakukan Diskusi dengan mentor Terkait Simulasi Penerapan SOP

Setelah simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG selesai dilaksanakan dan data evaluasi terkumpul, saya segera mengagendakan waktu diskusi dengan Mentor. Hal ini dikarenakan agar Mentor mendapatkan gambaran jelas mengenai hasil pre-post test, kendala yang ditemukan saat simulasi, dan tingkat pemahaman Tenaga Medis yang baru. Dalam diskusi tersebut, saya menyampaikan laporan lisan berbasis data faktual dan menerima masukan kritis dari Mentor (Kolaboratif) untuk menentukan apakah SOP perlu direvisi atau apakah



perlu ada pelatihan ulang, demi memastikan SOP yang diterapkan benar-benar optimal

3. Deskripsi proses dan kualitas produk kegiatan

- a. Melakukan persiapan sarana dan persiapan SDM IGD, PONEK untuk simulasi SOP

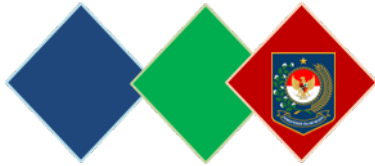
Pada hari Senin dan Selasa tanggal 27 – 28 Oktober 2025, Saya memulai dengan menginventarisasi dan menyiapkan sarana klinis (obat, set alat, manekin) sesuai standar klinis dan SOP SIGAP GEMILANG (Kompeten). Kemudian, saya mengkonfirmasi ketersediaan dan menjadwalkan SDM lintas profesi (Dokter, Bidan, Perawat) di IGD/PONEK. Terakhir, saya mengatur tim simulasi dan memastikan setiap anggota mengetahui peran mereka, demi kelancaran simulasi dan peningkatan keselamatan pasien.

- b. Melaksanakan Simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG

Saya memulai kegiatan simulasi dengan memberikan briefing singkat kepada tim lintas profesi mengenai skenario simulasi. Kemudian, saya melaksanakan simulasi sesuai skenario kegawatdaruratan, memastikan jalannya simulasi menyesuaikan kondisi riil lapangan. Selama simulasi, tim mengaplikasikan keterampilan klinis berdasarkan SOP, dengan penekanan pada peningkatan keselamatan pasien

- c. Melakukan evaluasi simulasi untuk mengidentifikasi kendala, kekurangan SOP SIGAP GEMILANG

Kegiatan selanjutnya yang Saya lakukan yaitu mencatat hasil evaluasi secara objektif selama simulasi. Kemudian, saya menganalisis kendala yang muncul dengan pendekatan evidence-based untuk mengidentifikasi akar masalah dan kekurangan SOP. Setelah itu, saya memimpin sesi umpan balik (debriefing) untuk mengajak Tim memberikan masukan konstruktif. Proses diakhiri dengan penyusunan rekomendasi perbaikan SOP demi peningkatan mutu layanan



d. Melakukan diskusi dengan mentor terkait Simulasi penerapan SOP

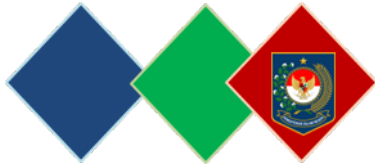
Saya memulai dengan mengolah dan menyusun data hasil simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG, yang meliputi rekaman observasi tatalaksana, skor pre-post test, dan umpan balik kualitatif dari tim pelaksana. Seluruh data ini dituangkan menjadi laporan yang faktual, objektif, dan terstruktur. Selanjutnya, saya mengajukan pertemuan dan mempresentasikan hasil serta kendala spesifik yang ditemukan di lapangan kepada Mentor, menggunakan bahasa yang sopan, jelas, dan profesional untuk menjaga etika komunikasi yang baik. Selama diskusi berlangsung, saya menerima semua masukan, arahan, dan kritik Mentor dengan sikap terbuka, mencatat poin-poin penting yang harus ditindaklanjuti. Keterlibatan aktif Mentor dalam meninjau data ini sangat krusial untuk menentukan langkah perbaikan yang paling tepat, memastikan SOP yang akan diresmikan dan diterapkan secara permanen benar-benar optimal dan efektif dalam meningkatkan kualitas pelayanan.

4. Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi, dan tugas organisasi

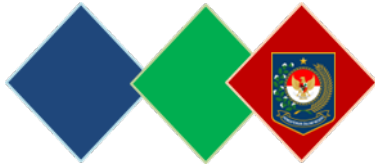
Simulasi ini bertindak sebagai uji coba nyata yang secara efektif melatih koordinasi lintas profesi (Dokter, Bidan, Perawat) sesuai alur SOP SIGAP GEMILANG. Manfaat utamanya adalah Mempercepat Penanganan Kasus Emergensi Maternal karena setiap anggota tim memahami peran spesifiknya, yang secara langsung mendukung Tugas Organisasi dalam menyediakan layanan tanggap darurat yang bermutu tinggi dan menyelamatkan jiwa pasien.

5. Analisis Dampak (Terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS)

ika tahapan simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG tidak dilaksanakan berdasarkan NDS, khususnya pengabaian nilai Kompeten (simulasi tidak realistis atau tidak sesuai standar klinis) dan Akuntabel (tidak ada evaluasi dan pencatatan objektif), maka dampaknya akan besar pada



Satuan Kerja (RSUD). Ketiadaan simulasi menyebabkan tim tidak terlatih dalam alur SOP yang baru, sehingga koordinasi tim gagal saat menghadapi kasus emergensi nyata dan waktu penanganan menjadi lambat. Dampak terburuk bagi Masyarakat (Pasien) adalah peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas maternal akibat kesalahan prosedur dan keterlambatan intervensi tim, yang disebabkan oleh kurangnya kompetensi dan kesiapan di lapangan

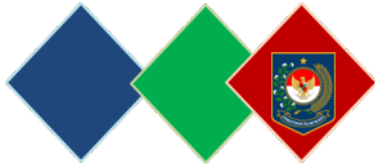


b) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh mentor

Nama Peserta		dr. Ibnu Muttaqin, Sp. OG		
Satuan Kerja		RSUD Kota Bukittinggi		
Tempat Aktualisasi		RSUD Kota Bukittinggi		
No	Tanggal/Waktu	Uraian	Catatan Mentor	Paraf Mentor
	24/10-25	- Melapor kepada mentor. Hasil diskusi simulasi, diskusi dg orang lain dan sosialisasi pada NAKES 160/PONEK - Melakukan Draft Pwca sosialisasi	ke Draft	
	27/10-28	Melakukan diskusi-didalamnya peninjauan SOP SIBAP GEMILANG di LCD PONEK	Mentoring only	
	13/11-25	- Melapor kepada mentor. Draft SOP Pwca MONEV - Membuat masalah-masalah SOP yang akan diuraikan - Melakukan awal Aktualisasi	ke Draft Aktualisasi	

c) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		:		
Satuan kerja		:		
Tempat Aktualisasi		:		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/output	Paraf mentor



Lampiran 5. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-5

a) Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 5	Melakukan Sosialisasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG pada IGD dan PONEK
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	25 Oktober – 27 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidance	1. Tersedianya SOP SIGAP GEMILANG di meja/dinding IGD dan PONEK 2. Tersedianya daftar hadir kegiatan oleh tenaga kesehatan IGD dan PONEK 3. Terlaksananya simulasi final SOP SIGAP GEMILANG 4. Tersedianya laporan hasil sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG yang disetujui mentor

Uraian kegiatan yang dilaksanakan:

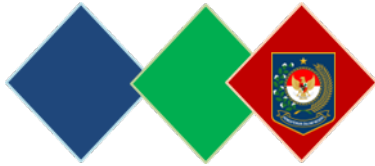
1. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi

- a. Melakukan pencetakan dan poster Virtual SOP SIGAP GEMILANG Algoritma Visual dalam Kertas A4 ataupun QR Code untuk Tempel di Meja / Dinding IGD dan PONEK serta Share melalui Jaringan Komunikasi WA

1) Berorientasi Pelayanan

Saya telah menyediakan SOP SIGAP GEMILANG dalam bentuk yang sangat mudah diakses oleh seluruh Tenaga Medis dan Lintas Profesi, baik melalui media cetak maupun akses digital (QR Code). Kemudahan akses ini adalah kunci untuk memastikan SOP digunakan secara konsisten di lapangan, sehingga mempercepat pengambilan keputusan klinis, meminimalkan delay penanganan, dan pada akhirnya, secara optimal meningkatkan kualitas serta keselamatan pelayanan yang diterima oleh pasien ibu dan bayi

2) Akuntabel



Saya telah menjamin bahwa prosedur yang tertulis dalam SOP SIGAP GEMILANG terlihat jelas, terbuka, dan didukung oleh dasar klinis sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Keterbukaan ini memastikan setiap langkah tatalaksana dapat diaudit dan dievaluasi. Selain itu, kejelasan prosedur menunjukkan nilai Kompeten, di mana SOP disusun berdasarkan standar terbaik untuk memastikan bahwa setiap tindakan yang dilakukan oleh Tim IGD dan PONEK sudah akurat dan sesuai pedoman

3) Loyal

Saya telah memastikan SOP SIGAP GEMILANG ini ditempatkan dengan benar (dicetak dan dipasang di lokasi strategis IGD dan PONEK). Tindakan ini menunjukkan kesediaan saya untuk menjunjung tinggi pedoman dan standar organisasi. Selain itu, penempatan yang jelas dan terstruktur ini juga memastikan bahwa prosedur kerja yang menjadi acuan sudah tersedia dan transparan untuk seluruh Tenaga Medis

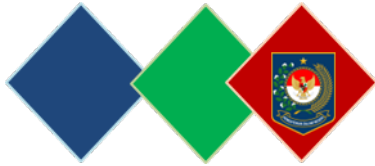
- b. Mengundang tenaga medis IGD dan PONEK untuk mengikuti Kegiatan Presentasi Sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG

1) Berorientasi Pelayanan

Saya telah memastikan seluruh Tenaga Kesehatan (Dokter, Bidan, Perawat) memahami SOP SIGAP GEMILANG melalui sosialisasi dan simulasi yang intensif. Upaya ini merupakan perwujudan nilai Berorientasi Pelayanan, di mana pemahaman yang seragam menjadi prasyarat untuk memberikan layanan terbaik dan menjamin keselamatan pasien ibu dan bayi. Selain itu, pemahaman bersama ini meminimalkan miskomunikasi, dan meningkatkan sinergi dalam penanganan kegawatdaruratan.

2) Kolaboratif

Saya melibatkan seluruh tenaga kesehatan (Dokter, Bidan, Perawat) yang terkait dalam kegiatan aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG, mulai dari sosialisasi hingga simulasi dan evaluasi. Pelibatan menyeluruh ini



sangat penting untuk memastikan semua pihak memiliki rasa kepemilikan terhadap SOP dan bersinergi dalam implementasinya.

3) Harmonis

Saya telah melakukan presentasi dan sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG dengan baik dan beretika (sopan dan ramah). Dengan menggunakan keterampilan saya, saya memastikan presentasi SOP disajikan secara jelas, ringkas, dan persuasif agar mudah dipahami oleh seluruh tenaga kesehatan lintas profesi. Tujuan akhirnya adalah mempermudah adopsi SOP dan meningkatkan mutu pelayanan demi keselamatan pasien ibu dan bayi

4) Kompeten

Saya telah menjelaskan dan mempresentasikan SOP SIGAP GEMILANG sesuai dengan kemampuan klinis yang saya miliki, didukung oleh referensi evidence-based terkini yang saya dapatkan. Hal ini merupakan perwujudan nilai Kompeten, memastikan bahwa semua informasi yang disampaikan akurat dan berkualitas.

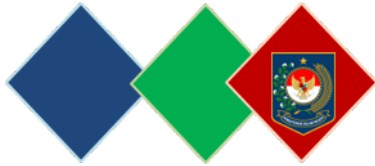
c. Melaksanakan Simulasi ulang SOP dalam Forum Sosialisasi

1) Berorientasi Pelayanan

Saya telah memastikan seluruh Tenaga Kesehatan (Dokter, Bidan, Perawat) memahami SOP SIGAP GEMILANG melalui sosialisasi dan simulasi yang intensif, di mana pemahaman yang seragam menjadi prasyarat untuk memberikan layanan terbaik dan menjamin keselamatan pasien ibu dan bayi. Selain itu, pemahaman bersama ini meminimalkan miskomunikasi, dan meningkatkan sinergi dalam penanganan kegawatdaruratan

2) Kolaboratif

Saya melibatkan seluruh tenaga kesehatan (Dokter, Bidan, Perawat) yang terkait dalam kegiatan aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG, mulai dari sosialisasi hingga simulasi dan evaluasi. Pelibatan menyeluruh ini sangat penting untuk memastikan semua pihak memiliki rasa



kepemilikan terhadap SOP dan bersinergi dalam implementasinya, demi keberhasilan program keselamatan pasien di RSUD.

3) Kompeten

saya mengaplikasikan keterampilan klinis yang saya miliki dalam setiap tahapan aktualisasi, mulai dari penyusunan materi SOP hingga pelaksanaan simulasi. Penerapan keahlian ini sangat penting dalam memastikan bahwa SOP SIGAP GEMILANG yang dihasilkan dan dilatihkan adalah panduan terbaik dan paling efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien ibu dan bayi

4) Adaptif

Saya menyesuaikan jalannya simulasi penerapan SOP SIGAP GEMILANG agar mencerminkan kondisi riil yang sebenarnya di lapangan, termasuk dinamika tim dan potensi keterbatasan sarana. Saya menggunakan keahlian klinis untuk menciptakan skenario yang autentik dan menantang, sehingga Tim Kesehatan benar-benar terlatih dan siap merespons situasi kegawatdaruratan secara efektif

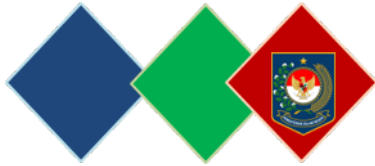
d. Melaporkan Hasil Kegiatan Sosialisasi Kepada Mentor

1) Akuntabel

Saya menerapkan nilai Akuntabel dengan melaporkan seluruh hasil kegiatan aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG, termasuk hasil simulasi dan evaluasi, menggunakan data yang valid, objektif, dan transparan. Pelaporan ini memastikan bahwa data yang digunakan untuk analisis (misalnya, time stamp respons) adalah akurat dan kredibel. Pelaporan yang akuntabel ini adalah bukti pertanggungjawaban saya atas efektivitas kegiatan, yang menjadi dasar kuat bagi pimpinan untuk mengambil keputusan perbaikan di masa depan

2) Kolaboratif

Saya menerima semua masukan dan arahan dari mentor. Proses menerima arahan ini merupakan bagian penting dari sinergi tim, di mana saya melibatkan Mentor sebagai stakeholder kunci dalam penyempurnaan implementasi SOP SIGAP GEMILANG demi kebaikan



pelayanan kedepannya. Sikap terbuka ini juga menciptakan suasana Harmonis, memastikan bahwa SOP yang disosialisasikan dan disimulasikan merupakan keputusan bersama yang berkualitas, sehingga mudah diterima dan diterapkan di lingkungan kerja

3) Harmonis

Saya berkomunikasi secara sopan dan ramah kepada mentor dalam setiap sesi konsultasi mengenai pelaksanaan SOP SIGAP GEMILANG. Sikap ini bertujuan untuk menjaga hubungan kerja yang baik dan profesional, sehingga proses konsultasi berjalan lancar dan konstruktif.

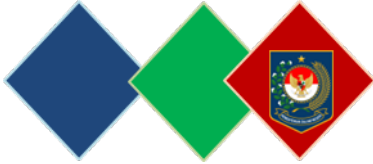
2. Teknik aktualisasi yang dipergunakan dan bukti fisik kegiatan/evidence

- a. Melakukan pencetakan dan Poster Virtual SOP SIGAP GEMILANG untuk tempel di meja/ dinding IGD dan PONEK

Setelah finalisasi SOP, saya melakukan pencetakan SOP dalam format visual yang ringkas (A4 dan QR Code), kemudian menempatkannya di lokasi strategis seperti dinding dan meja IGD/PONEK, serta mendistribusikannya melalui WhatsApp kepada seluruh tim. Hal ini dikarenakan agar seluruh tenaga kesehatan memiliki akses yang mudah, cepat, dan beragam terhadap prosedur SOP SIGAP GEMILANG.

Gambar 5.1. Penempatan QR Code SOP SIGAP GEMILANG di PONEK



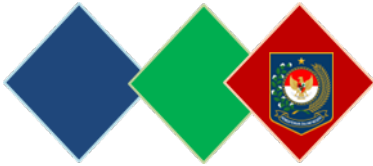


Gambar 5.1. Penempatan QR Code SOP SIGAP GEMILANG di IGD



- b. Mengundang Tenaga Medis IGD dan PONEK untuk mengikuti kegiatan presentasi Sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG

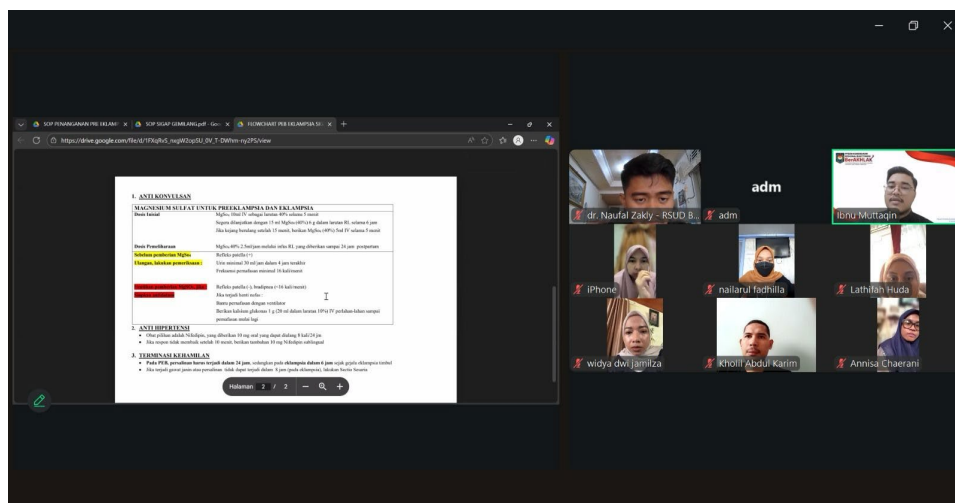
Sebelum melaksanakan presentasi sosialisasi, saya terlebih dahulu menyusun surat undangan resmi atau membuat notifikasi jadwal yang ditujukan kepada seluruh Tenaga Medis (Dokter, Bidan, Perawat) di unit IGD dan PONEK. Hal ini dikarenakan agar seluruh tenaga kesehatan dapat terlibat dan memiliki pemahaman yang seragam mengenai SOP SIGAP GEMILANG yang baru. Saya memastikan bahwa setiap anggota tim mengetahui dan siap melaksanakan prosedur, sehingga tercipta suasana Harmonis dalam tim dan SOP dapat segera diterapkan demi keselamatan pasien

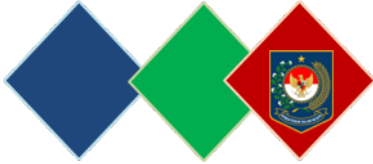


Gambar 5.2. Sosialisasi Draft SOP dan Flowchart SOP SIGAP GEMILANG



Gambar 5.3. Sosialisasi dengan Dokter Jaga IGD RSUD Kota Bukittinggi





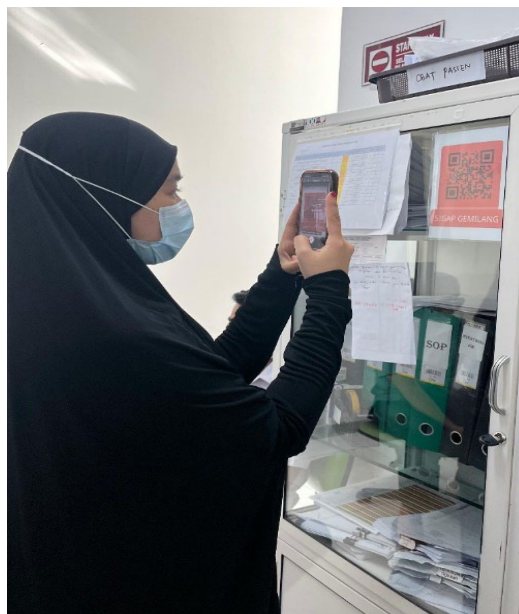
Gambar 5.4 Daftar Hadir dan Saran Masukan pada Sosialisasi dengan Dokter Jaga DPJP Obgyn

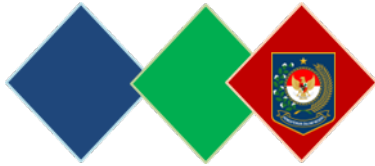
Timestamp	Nama dan gelar	Jabatan	Masukan dan Saran
24/10/2025	dr. Hendri Zola, SpOG	KSMF OBGYN RSUD	Sudah bisa langsung di aplikasikan sesuai dengan acuan terbaru
24/10/2025	dr. Naufal Zakky	Dokter Umum IGD	Materi dan presentasi sangat menarik dan update. Mudah dipahami untuk segera diaplikasikan
24/10/2025	dr. Yola Anggreka Taufik	Dokter Umum	Trimakasih atas sharing ilmunya dok, semoga bisa teraplikasikan dengan baik dok 🙏
24/10/2025	dr. Nailatul Fadhila	Dokter Umum	perfect
24/10/2025	dr. Lathifah Huda	Dokter Umum	sangat sesuai
24/10/2025	dr. Feby Arrahmi	Dokter Umum	Materi yang diberikan sangat bermanfaat
24/10/2025	dr. Kholli Abdul Karim	Dokter Umum	Sudah baik
24/10/2025	dr. Widya Dwi Jamilza	Dokter umum	Materi sangat menarik dan praktis diterapkan
24/10/2025	dr. Rania Ulfah	Dokter Umum	dilaksanakan dok

c. Melaksanakan Simulasi Ulang SOP dalam Forum Sosialisasi

Setelah presentasi sosialisasi, saya melakukan simulasi ulang SOP SIGAP GEMILANG secara singkat di hadapan Tenaga Medis yang hadir dalam forum. Hal ini dikarenakan agar peserta tidak hanya menerima informasi secara teori, tetapi juga melihat akan meningkatkan pemahaman yang kuat melalui praktik langsung akan meningkatkan keterampilan klinis tim demi keselamatan pasien.

Gambar 5.5. Simulasi Ulang SOP SIGAP GEMILANG





d. Melaporkan Hasil Kegiatan Kepada Mentor

Setelah pelaksanaan sosialisasi dan simulasi ulang, saya terlebih dahulu menyusun laporan hasil kegiatan yang memuat daftar hadir, dokumentasi, dan hasil evaluasi pemahaman tenaga kesehatan. Hal ini dikarenakan agar mentor dapat mengetahui perkembangan aktualisasi dan hasil capaian dari sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG.

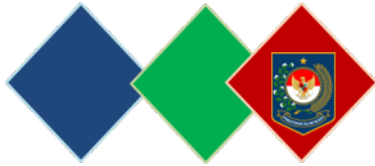
Gambar 5.6 Melaporkan Hasil Simulasi dan Sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG



3. Deskripsi Proses Dan Kualitas Produk Kegiatan

a. Melakukan pencetakan dan Poster Virtual SOP SIGAP GEMILANG untuk tempel di meja/ dinding IGD dan PONEK

Pada tanggal 25 Oktober 2025, saya memulai memfinalisasi desain visual SOP SIGAP GEMILANG, memastikan semua koreksi dari Mentor telah diakomodasi dan desainnya ringkas untuk gawat darurat. Saya juga menyempurnakan proses digitalisasi dengan membuat dan menguji fungsi QR Code yang tertaut langsung ke file SOP,



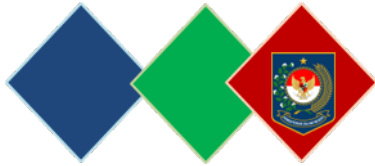
menunjukkan penerapan teknologi yang Adaptif. Setelah final, saya mencetak materi SOP (dalam kualitas tinggi dan jumlah memadai. Materi cetak ini kemudian ditempatkan secara strategis di lokasi yang paling mudah terlihat dan dijangkau (seperti dinding atau meja nurse station di IGD dan PONEK) sebagai bukti nyata kepatuhan terhadap standar operasional baru. Sebagai pelengkap, saya juga mendistribusikan file virtual SOP melalui grup komunikasi resmi WhatsApp unit kerja, menjamin bahwa SOP tersebut mudah diakses oleh semua tenaga medis kapan saja dan di mana saja, baik secara fisik maupun digital.

b. Mengundang Tenaga Medis IGD dan PONEK untuk mengikuti kegiatan presentasi Sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG

Saya memulai tahapan sosialisasi dengan menyusun daftar undangan yang komprehensif, mencakup seluruh tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam penanganan kasus gawat darurat obstetri (Dokter, Bidan, dan Perawat) di IGD dan PONEK. Langkah selanjutnya adalah menentukan jadwal pelaksanaan sosialisasi yang optimal, yaitu pada waktu off-peak atau di luar jam sibuk pelayanan, untuk memastikan kegiatan tidak mengganggu kualitas pelayanan pasien. Setelah jadwal ditetapkan, saya membuat dan mendistribusikan undangan resmi yang memuat tujuan sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG secara jelas dan detail agenda yang akan dibahas. Proses perencanaan ini diakhiri dengan melakukan konfirmasi kehadiran secara proaktif kepada setiap calon peserta. Konfirmasi ini penting untuk memastikan pelibatan seluruh tenaga kesehatan lintas profesi, sehingga tercipta kesamaan pemahaman yang utuh dan sinergi tim yang kuat dalam penerapan SOP baru.

c. Melaksanakan simulasi ulang SOP dalam forum sosialisasi

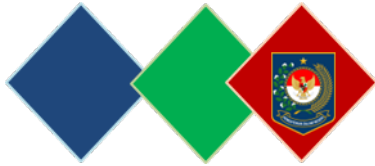
Saya memulai sesi simulasi ulang ini dengan menjelaskan secara lugas dan persuasif mengenai tujuan utama dari latihan praktis ini kepada seluruh peserta. Saya secara khusus menekankan pentingnya



penguasaan praktis terhadap alur SOP SIGAP GEMILANG, bukan hanya pemahaman teoritis, demi menjamin keselamatan pasien. Kemudian, saya mendemonstrasikan secara rinci langkah-langkah kritis dan key action dalam SOP, memastikan setiap detail teknis tatalaksana terlihat jelas. Setelah demonstrasi, saya meminta beberapa perwakilan peserta dari profesi berbeda (Dokter, Bidan, atau Perawat) untuk melakukan peran singkat secara bergantian, mempraktikkan bagian SOP yang dianggap paling kompleks. Proses diakhiri dengan sesi umpan balik cepat dan konstruktif langsung setelah simulasi, diikuti dengan klarifikasi segera terhadap prosedur yang masih menimbulkan keraguan, sehingga memastikan semua prosedur kunci telah dipahami dan dikuasai dengan baik oleh seluruh tim.

- d. Melaporkan hasil kegiatan sosialisasi kepada mentor untuk Disetujui oleh Mentor

Pada tanggal 27 Oktober 2025, segera setelah sesi sosialisasi SOP SIGAP GEMILANG selesai dilaksanakan, saya memulai dengan menyusun laporan kegiatan secara lengkap dan komprehensif. Laporan ini tidak hanya memuat dokumentasi visual (foto kegiatan) dan daftar hadir peserta, tetapi juga data hasil evaluasi pemahaman awal dan akhir tenaga kesehatan. Kualitas laporan ini diutamakan agar seluruh informasi tersaji secara faktual dan dapat dipertanggungjawabkan. Setelah laporan selesai, saya menyampaikannya secara formal kepada Mentor, menggunakan bahasa yang sopan dan ramah saat mengajukan laporan untuk mendapatkan pengesahan dan persetujuan. Langkah penyampaian laporan ini sangat penting karena bertujuan agar Mentor memperoleh gambaran menyeluruh mengenai perkembangan dan hasil capaian aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG, sehingga seluruh kegiatan yang sudah dilaksanakan diakui secara resmi oleh pimpinan dan memiliki dasar data yang valid untuk ditindaklanjuti.

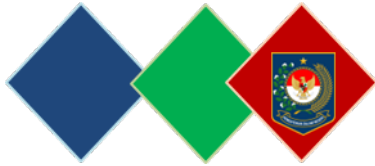


4. Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi, dan tugas organisasi

Kegiatan pelaporan hasil sosialisasi kepada Mentor untuk disetujui merupakan upaya saya untuk mewujudkan tujuan Meningkatkan mutu layanan RSUD Kota Bukittinggi melalui peningkatan pemahaman tenaga medis dalam menjalankan prosedur tatalaksana kegawatdaruratan. Dalam hal ini, pelaporan dengan data yang valid dan disetujui Mentor berfungsi sebagai bukti Akuntabel bahwa SOP SIGAP GEMILANG telah tersosialisasi secara efektif, sehingga menjamin keseragaman pemahaman dan kepatuhan tim terhadap standar klinis organisasi

5. Analisis Dampak (Terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS)

ika tahapan pelaporan hasil sosialisasi kepada Mentor tidak dilaksanakan berdasarkan Nilai-Nilai Dasar (NDS), khususnya pengabaian nilai Akuntabel (melaporkan dengan data valid) dan Harmonis (komunikasi yang baik), maka dampaknya akan merugikan Satuan Kerja dan Masyarakat. Bagi Satuan Kerja (RSUD), ketiadaan laporan dan persetujuan resmi Mentor akan menyebabkan hilangnya akuntabilitas program, di mana kegiatan sosialisasi dianggap tidak sah. Lebih lanjut, Pimpinan tidak memiliki data valid mengenai tingkat pemahaman Tenaga Medis, sehingga menghambat pengambilan keputusan strategis mengenai persetujuan final SOP dan rencana tindak lanjut. Dampak terburuk bagi Masyarakat (Pasien) adalah mutu layanan yang tidak terjamin. Tanpa pengakuan resmi, implementasi SOP rentan tidak seragam di lapangan, yang secara langsung meningkatkan risiko kesalahan klinis dan keterlambatan dalam penanganan kasus kegawatdaruratan maternal.

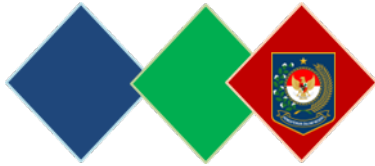


b) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh Coach Mentor

Nama Peserta		dr. Ibnu Muttaqin, Sp. OG		
Satuan Kerja		RSUD Kota Bukittinggi		
Tempat Aktualisasi		RSUD Kota Bukittinggi		
No	Tanggal/Waktu	Uraian	Catatan Mentor	Paraf Mentor
	24/10-25	- Melakukan laporan monitor. - Hasil dilakukan simulasi. - ditagih dg value dan secara simulasi pada NKKR 160/PANCE - Melakukan Draft Pusca 304/2025	ke Bngt.	
	27/10-25	- Melakukan review. - ditagih dg penerapan SOP 516AP GEMILANG di LCD PANCE	mentoring Bngt.	
	13/11-25	- Melakukan laporan monitor. - Draft SOP pusca MONK - Melakukan penerapan monitor. - SOP yang sah dan - secara digunakan - Melakukan hasil Aktualisasi	ke Bngt. AkhiNem	

c) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh Coach

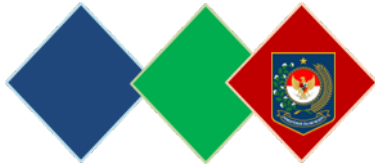
Nama Peserta		:		
Satuan kerja		:		
Tempat Aktualisasi		:		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/output	Paraf mentor



Lampiran 6. Lampiran Laporan Mingguan Minggu ke-7

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 6	Melakukan Monitoring dan Evaluasi Aplikasi SOP SIGAP GEMILANG di RSUD Kota Bukittinggi
Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	6 November – 13 November 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/Evidence	1. Tersedianya bukti dokumentasi penerapan SOP 2. Tersedianya dokumentasi terkait laporan evaluasi penerapan SOP serta pengajuan keabsahan SOP SIGAP GEMILANG 3. Tersedianya dokumen SOP SIGAP GEMILANG yang sah 4. Tersedianya laporan pelaksanaan aktualisasi yang di setujui oleh mentor
Uraian kegiatan yang dilaksanakan: 1. Uraian kegiatan yang memuat nilai dasar yang melandasi a. Melakukan penerapan SOP SIGAP Gemilang di IGD dan PONEK 1) Berorientasi Pelayanan Saya melakukan penerapan SOP SIGAP GEMILANG secara langsung dalam setiap kegiatan simulasi dan demonstrasi, bukan hanya sebagai instruktur, tetapi juga sebagai praktisi. Tindakan ini bertujuan agar saya dapat menjadi contoh dan teladan yang kuat bagi seluruh Tenaga Medis dalam memahami dan menjalankan SOP dengan benar dan sesuai standar klinis. 2) Harmonis Saya memberikan arahan dan instruksi terkait pelaksanaan SOP SIGAP GEMILANG dengan sikap ramah dan empatik. Pendekatan ini bertujuan	



untuk membangun hubungan kerja yang kondusif, memastikan setiap anggota tim merasa nyaman dan dihargai.

3) Kolaboratif

Saya bekerja sama secara aktif dengan Dokter Umum IGD untuk menyebarluaskan dan memperkuat pemahaman SOP SIGAP GEMILANG. Keterlibatan Dokter Umum ini sangat krusial karena mereka memiliki kompetensi klinis yang dapat membantu tenaga medis lain (Perawat dan Bidan) dalam memahami detail SOP dan menjawab pertanyaan teknis. Sinergi ini memastikan penguatan pemahaman di level unit kerja, sehingga tim dapat menjalankan prosedur tatalaksana dengan akurat dan terpadu.

4) Adaptif

Saya memastikan proses digitalisasi SOP SIGAP GEMILANG dengan QR Code berjalan lancar. Pemanfaatan teknologi ini bertujuan untuk menyediakan akses panduan kerja yang cepat dan real-time. Kelancaran proses digitalisasi ini secara langsung mendukung nilai Berorientasi Pelayanan, memastikan bahwa seluruh Tenaga Medis dapat mengakses SOP kapan saja dan di mana saja, yang sangat penting untuk mempercepat respons klinis dan menjamin efisiensi pelayanan demi keselamatan pasien.

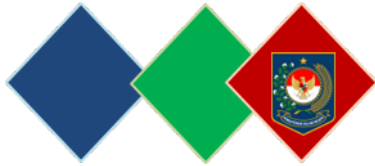
5) Loyal

Saya menjaga komitmen mutu pelayanan prima di RSUD. Upaya ini saya lakukan melalui implementasi dan pengawasan SOP SIGAP GEMILANG yang ketat, memastikan setiap prosedur klinis dijalankan dengan standar tertinggi demi keselamatan pasien.

b. Melakukan Diskusi terkait laporan Evaluasi Penerapan SOP kepada Mentor

1) Akuntabel

Saya menyampaikan semua laporan hasil kegiatan aktualisasi berdasarkan data dan fakta yang diperoleh langsung di lapangan. Hal ini memastikan bahwa seluruh informasi, seperti hasil simulasi dan evaluasi, adalah valid, objektif, dan transparan.



2) Kolaboratif

Saya melibatkan mentor secara aktif dalam proses refleksi dan perbaikan SOP SIGAP GEMILANG. Keterlibatan mentor ini memastikan adanya sinergi pemikiran antara pelaksana dan pengawas, yang sangat penting untuk perbaikan berkelanjutan.

3) Harmonis

Saya menyampaikan laporan hasil kegiatan aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG dengan etika komunikasi yang baik (sopan, ramah, dan profesional). Sikap ini memastikan proses penyampaian laporan dan konsultasi berjalan lancar, membangun suasana yang kondusif.

4) Berorientasi Pelayanan

Saya menerima masukan dan saran kritis dari mentor untuk meningkatkan kualitas dan ketajaman proses evaluasi simulasi SOP SIGAP GEMILANG. Sikap terbuka ini penting karena kualitas evaluasi akan menentukan akurasi identifikasi kendala dan kekurangan SOP. Dengan demikian, masukan mentor memastikan bahwa rekomendasi perbaikan yang dihasilkan adalah yang paling optimal, sehingga secara nyata berkontribusi pada peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien ke depannya.

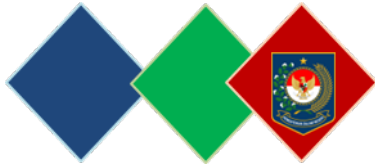
c. Mengesahkan SOP SIGAP GEMILANG

1) Akuntabel

Saya menyelesaikan seluruh proses penyusunan SOP SIGAP GEMILANG secara resmi, termasuk mendapatkan pengesahan dari pimpinan atau pejabat berwenang. Legalisasi ini bertujuan agar SOP memiliki kekuatan hukum dan sah digunakan sebagai panduan kerja standar.

2) Loyal

Saya menghormati prosedur legalisasi SOP SIGAP GEMILANG dan menunjukkan kepatuhan penuh pada pimpinan (Mentor/Direktur)



sebagai otoritas tertinggi dalam pengesahan SOP. Sikap ini memastikan bahwa SOP yang digunakan tim adalah dokumen resmi yang disetujui hierarki instansi.

3) Kompeten

Saya memastikan seluruh dokumen SOP SIGAP GEMILANG (mulai dari konsep hingga pengesahan) telah memenuhi standar administrasi yang berlaku di RSUD. Penerapan keahlian ini mencakup format, penomoran, dan tata naskah dinas yang benar.

d. Membuat dan Menyerahkan Laporan Aktualisasi ke Mentor

1) Akuntabel

Saya mendokumentasikan seluruh rangkaian kegiatan aktualisasi SOP SIGAP GEMILANG secara tertulis dan visual (foto/video). Dokumentasi yang terperinci ini berfungsi sebagai bukti kerja yang transparan dan dapat dipertanggungjawabkan sepenuhnya kepada Mentor dan institusi.

2) Loyal

Saya menyusun seluruh laporan hasil kegiatan aktualisasi sesuai dengan aturan dan format pelaporan yang berlaku di lingkungan organisasi. Kepatuhan terhadap regulasi ini merupakan bentuk dedikasi saya untuk menjaga disiplin organisasi

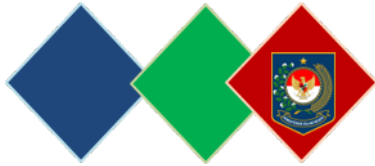
3) Kompeten

Saya memastikan laporan akhir aktualisasi tersusun rapi, jelas, dan transparan. Kerapian dan kejelasan ini menjamin bahwa seluruh proses dan hasil kegiatan dapat dipertanggungjawabkan dengan mudah

2. Teknik Aktualisasi yang Dipergunakan dan Bukti Fisik Kegiatan/Evidence

a. Melakukan penerapan SOP SIGAP GEMILANG di IGD dan PONEK

Setelah sosialisasi dan simulasi, saya melakukan penerapan SOP SIGAP GEMILANG secara langsung dalam penanganan kasus kegawatdaruratan di IGD dan PONEK. Hal ini dikarenakan agar SOP



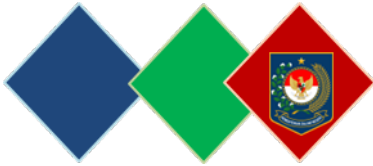
yang telah dilatihkan dapat diaplikasikan pada kondisi nyata, sekaligus untuk menguji efektivitas dan kepraktisan prosedur tatalaksana baru

Gambar 6.1. Penerapan SOP SIGAP GEMILANG Oleh Dokter Jaga



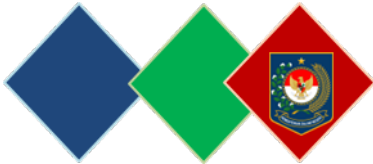
- b. Melakukan diskusi terkait laporan evaluasi penerapan SOP serta pengajuan keabsahan SOP SIGAP GEMILANG

Setelah SOP SIGAP GEMILANG selesai disusun, disosialisasikan, dievaluasi, dan diperbaiki berdasarkan masukan mentor, saya mengajukan dokumen final SOP kepada pimpinan atau pejabat berwenang (Kabid Pelayanan) untuk ditandatangani dan disahkan secara resmi. Hal ini dikarenakan agar SOP tersebut memiliki kekuatan hukum, sah digunakan, dan diakui sebagai panduan kerja standar di RSUD.



Gambar 6.3. Pelaporan SOP Final dan ACC Keabsahan SOP





Gambar 6.4. Nota Dinas Legalitas SOP SIGAP GEMILANG


PEMERINTAH KOTA BUKITTINGGI
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA
BUKITTINGGI
Jln. By Pass Kubu Gulai Bancah, Bukittinggi Telepon 0752-6236117 Email:
rsudkotabukittinggi@gmail.com

NOTA DINAS

Yth. : Kepala Sub Bagian Hukum dan Humas
Dari : Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis
Tembusan : -
Tanggal : 13 November 2025
Nomor :
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Pemeriksaan Legal drafting

ISI

Dengan hormat,

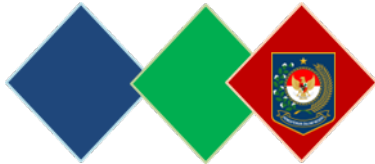
Sehubung dengan Kebutuhan dokumen SOP Tatalaksana Preeklamsia dan Eklamsia, maka dengan ini kami memohon agar Draft dokumen tercantum dibawah ini ditelitikan Legal Draftingnya.

No	Judul Dokumen
1.	SOP Tatalaksana Preeklamsia dan Eklamsia

Demikian disampaikan, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

**Kepala Bidang
Pelayanan dan Penunjang Medis**

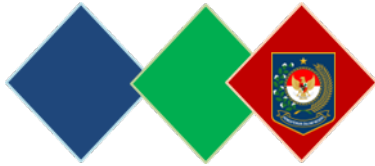
dr. Yefa Karmidoza
NIP.197403282005012006



Gambar 6.5. Dokumen SOP SIGAP GEMILANG

 RSUD KOTA BUKITTINGGI	TATALAKSANA PREEKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
		1	1/10
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan Oleh : Direktur dr. Muryani Dhatri, M.Kes	

PENGERTIAN	PE (preeklamsi) : hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan / diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ. TD $\geq$140/90 setelah gestasi 20 minggu dengan salah satu gejala berikut : - Proteinuria 300mg/24jam atau + 1 - Kreatinin Serum > 1,1 mg/dl - Edema paru - Peningkatan fungsi hati > 2 kali - Trombosit > 100.000 - Nyeri kepala, nyeri epigastrium, dan gangguan penglihatan. PEB (preeklamsi berat) : Kondisi preeklamsi di sertai dengan temuan klinis dan penunjang di bawah ini TD $\geq$160/110 ditambah dengan salah satu gejala berikut : - Proteinuria 300mg/24jam atau + 1 - Kreatinin Serum > 1,1 mg/dl - Edema paru - Peningkatan fungsi hati > 2 kali - Trombosit < 100.000 - Nyeri kepala, nyeri epigastrium, dan gangguan penglihatan. EKLAMSI : Kejang yang tidak disebabkan oleh adanya kelainan lain pada wanita hamil yang menderita preeklamsia berat
TUJUAN	Agar pasien Preeklamsia/ Eklamsia mendapatkan penanganan yang optimal



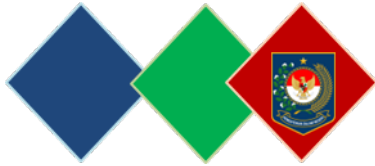
c. **Membuat dan Menyerahkan Laporan Aktualisasi ke Mentor**

Setelah seluruh kegiatan aktualisasi selesai dilaksanakan, saya menyusun laporan akhir yang berisi seluruh dokumentasi, bukti dukung, dan hasil analisis kegiatan. Laporan ini kemudian saya serahkan kepada Mentor untuk diperiksa dan disetujui. Hal ini dikarenakan agar seluruh proses aktualisasi dapat dipertanggungjawabkan secara Akuntabel dengan data yang valid, dan saya juga menerapkan nilai Harmonis dengan menyampaikan laporan tersebut dengan etika komunikasi yang baik, sehingga proses konsultasi dan coaching dapat berjalan lancar hingga tahap akhir.

3. Deskripsi Proses Dan Kualitas Produk Kegiatan

a. **Melakukan penerapan SOP SIGAP GEMILANG di IGD dan PONEK**

Pada hari Kamis, tanggal 6 November 2025, saya memulai tahapan implementasi ini dengan memastikan kesiapan penuh dari tim pelayanan di IGD dan PONEK, baik dari segi personel maupun ketersediaan sarana prasarana. Pada setiap kasus kegawatdaruratan obstetri yang masuk, saya menerapkan SOP SIGAP GEMILANG secara langsung dan ketat sebagai panduan utama, menjamin setiap langkah tatalaksana klinis dilakukan sesuai urutan standar yang baru. Selama proses penanganan, saya bertindak aktif sebagai role model, menunjukkan penguasaan SOP yang kompeten sekaligus memberikan arahan dan bimbingan yang jelas, lugas, dan ramah kepada rekan sejawat. Pendekatan komunikasi yang kondusif ini sangat penting untuk menjaga hubungan kerja yang harmonis di tengah situasi kritis. Selain itu, seluruh proses dan hasil tindakan penanganan pasien dicatat dan didokumentasikan secara rinci dan akurat dalam rekam medis (termasuk waktu respons dan outcome). Dokumentasi yang ketat ini berfungsi ganda: sebagai bahan evaluasi mendalam untuk perbaikan di masa depan, dan sebagai bukti pertanggungjawaban legal demi memastikan tercapainya pelayanan terbaik dan keselamatan pasien.

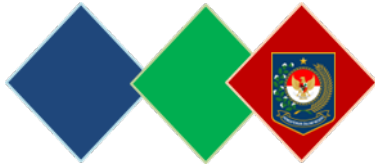


- b. Melakukan Diskusi terkait laporan evaluasi penerapan SOP kepada mentor

Setelah tim menunjukkan kesiapan dan komitmen dalam menerapkan SOP SIGAP GEMILANG di lapangan, pada hari Rabu, tanggal 10 November 2025, saya memfokuskan kegiatan pada tahapan legalisasi. Saya menyusun Dokumen Final SOP SIGAP GEMILANG, memastikan bahwa dokumen tersebut telah memasukkan semua revisi akhir yang muncul dari proses sosialisasi, simulasi, dan evaluasi. Proses penyusunan ini meliputi pengecekan kelengkapan administrasi secara teliti, seperti penomoran standar, tata naskah dinas, dan penambahan lembar pengesahan. Setelah dokumen dipastikan sempurna dan memenuhi standar administratif, saya mengajukannya secara formal kepada pimpinan/pejabat yang berwenang untuk mendapatkan tanda tangan dan pengesahan resmi. Pengajuan ini dilakukan untuk memastikan bahwa SOP yang baru memperoleh kekuatan hukum, sah untuk digunakan secara permanen, dan diakui sebagai panduan kerja standar yang wajib ditaati di seluruh lingkungan RSUD.

- c. Mengesahkan SOP SIGAP GEMILANG

Pada tanggal 13 November 2025, saya memulai tahapan pengesahan ini dengan melakukan kontrol kualitas akhir pada Dokumen Final SOP SIGAP GEMILANG. Saya memastikan bahwa dokumen tersebut lengkap secara substansi (alur klinis, lampiran, dan hasil evaluasi) dan secara format memenuhi semua standar administrasi yang berlaku di RSUD. Setelah diverifikasi, saya mengajukan dokumen tersebut secara formal kepada pimpinan yang berwenang untuk proses penandatanganan. Dalam proses ini, saya sepenuhnya menghormati prosedur legalisasi yang ditetapkan oleh organisasi dan mematuhi setiap keputusan pimpinan terkait SOP tersebut. Sebagai langkah pamungkas, setelah SOP mendapatkan tanda tangan pengesahan, saya mendokumentasikan SOP yang telah sah tersebut dengan



sistematis, menyimpannya sebagai arsip resmi organisasi yang dapat diakses dan dipertanggungjawabkan.

d. Membuat dan menyerahkan laporan aktualisasi ke mentor

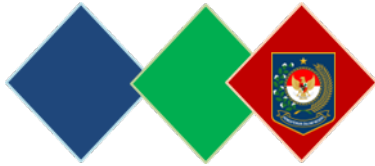
Pada tanggal 14 November 2025, saya memulai proses penutupan aktualisasi dengan mendokumentasikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah dilaksanakan, mulai dari konsultasi awal hingga pengesahan SOP. Dokumentasi ini dilakukan secara tertulis maupun visual sebagai bukti kerja yang faktual dan komprehensif. Selanjutnya, saya menyusun Laporan Aktualisasi Akhir dengan mengacu pada aturan dan format pelaporan yang berlaku di lembaga pelatihan dan institusi. Saya memastikan laporan tersusun rapi, sistematis, jelas, dan didukung oleh data valid, sebagai bentuk pertanggungjawaban profesional. Proses ini diakhiri dengan menyerahkan laporan final tersebut kepada Mentor secara formal. Penyerahan ini dilakukan dengan mengedepankan etika komunikasi yang baik dan profesional untuk mendapatkan arahan terakhir dan persetujuan akhir sebelum laporan disidangkan

4. Manfaat kegiatan terhadap pencapaian visi, misi, dan tugas organisasi

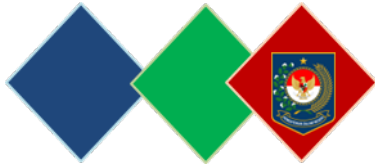
Kegiatan Monitoring dan Evaluasi ini adalah langkah kritis untuk menjamin Layanan Prima dan berkelanjutan serta terciptanya Patient Safety. Melalui evaluasi, RSUD dapat mengukur kepatuhan tim terhadap SOP dan mengidentifikasi celah (gap) dalam penerapan di lapangan. Hal ini secara langsung mengurangi risiko kesalahan klinis, mendukung Misi RSUD dalam menyediakan pelayanan bermutu, dan memastikan tugas pokok organisasi dilaksanakan dengan standar operasional yang teruji.

5. Analisis Dampak (Terhadap satuan kerja dan masyarakat) jika aktualisasi tidak berdasarkan NDS)

Jika Monitoring dan Evaluasi (Monev) diabaikan atau tidak dilaksanakan berdasarkan NDS, terutama mengabaikan nilai Akuntabel (dokumentasi data faktual) dan Berorientasi Pelayanan (komitmen mutu), dampaknya sangat merugikan. Bagi Satuan Kerja (RSUD), hal ini menyebabkan kegagalan total dalam perbaikan mutu, karena kelemahan SOP di lapangan



tidak terdeteksi, berujung pada pemborosan sumber daya dan penurunan kredibilitas. Dampak terburuknya bagi Masyarakat (Pasien) adalah risiko Patient Safety yang tetap tinggi, karena gap implementasi tidak pernah diperbaiki, sehingga kualitas pelayanan menjadi stagnan atau menurun, bertentangan dengan tujuan utama RSUD.



b) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh mentor

Nama Peserta		dr. Ibnu Muttaqin, Sp. OG		
Satuan Kerja		RSUD Kota Bukittinggi		
Tempat Aktualisasi		RSUD Kota Bukittinggi		
No	Tanggal/Waktu	Uraian	Catatan Mentor	Paraf Mentor
	24/10-25	- Melakukan laporan monitor. - Hasil dilakukannya monitor. - ditagih dg satuan dan seragamnya pada NKKR 160/PONKE - Menempatkan Draft PUSCO 301/2016	ke Draft	
	27/10-28	- Melakukan monitor. - dilakukannya peninjauan SOP 516/2016 GENILANG di LCD PUNKE	Monitoring only	
	13/11-25	- Melakukan laporan monitor. - Draft SOP PUSCO MONKE - Melakukan monitor monitor SOP yang akan di dikerjakan di - Melakukan hasil Aktualisasi	ke Draft diheNem	

c) Catatan pengendalian Aktualisasi oleh Coach

Nama Peserta		:		
Satuan kerja		:		
Tempat Aktualisasi		:		
No.	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil capaian/output	Paraf mentor