

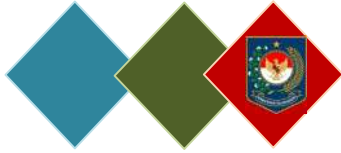
**KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA**

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

**“OPTIMALISASI PENANDAAN AREA BERISIKO TINGGI MELALUI PENERAPAN SOP
DAN PEMASANGAN TANDA AREA BERISIKO TINGGI DI RSUD BUKIT KERMAN”**

	Disusun oleh :
Nama	: Zahratirizka, S.Ftr., Ftr
NIP	: 199710082025052001
Jabatan	: Fisioterapis Ahli Pertama
Instansi	: RSUD Bukit Kerman Kab. Kerinci
Kelas/Kelompok	: 3
No. Absen	: A.10.3.21
Angkatan	: X

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



LEMBAR PERSETUJUAN LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

JUDUL : Optimalisasi Penandaan Area Berisiko Tinggi Melalui
Penerapan SOP dan Pemasangan Tanda Area Berisiko
Tinggi di RSUD Bukit Kerman

NAMA : Zahratirizka, S.Ftr., Ftr

NIP : 199710082025052001

PANGKAT/GOL : Penata Muda/IIla

JABATAN : Fisioterapis Ahli Pertama

INSTANSI : RSUD Bukit Kerman Kab. Kerinci

ANGKATAN/KELOMPOK : X

NO. ABSEN : A.10.3.21

Disahkan berdasarkan Seminar Aktualisasi yang dilaksanakan pada tanggal 17 Oktober Tahun 2025 di Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Kementerian Dalam Negeri Regional Bukittinggi.

Bukittinggi, 17 Oktober 2025

Coach,

Penguji,

Andari Dwi Utami, M.H

NIP. 198801032014022004

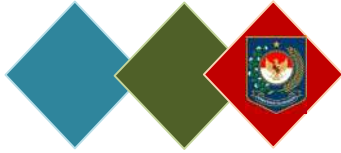
Sutarta, S.H.,M.Si

NIP. 196712031995031001

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

H. Sariyadi, SS,M.A.P

NIP. 197003041996031001



BERITA ACARA
SEMINAR LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

Pada Hari : Jumat
Tanggal : 17 Oktober 2025
Pukul : 08.00 WIB s.d selesai
Tempat : Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia
Kementerian Dalam Negeri Regional Bukittinggi
Telah Diseminarkan Laporan Aktualisasi Latsar CPNS Angkatan X Tahun 2025

JUDUL : Optimalisasi Penandaan Area Berisiko Tinggi Melalui
Penerapan SOP dan Pemasangan Tanda Area Berisiko
Tinggi di RSUD Bukit Kerman
NAMA : Zahratirizka, S.Ftr., Ftr
NIP : 199710082025052001
PANGKAT/GOL : Penata Muda/IIIa
JABATAN : Fisioterapis Ahli Pertama
INSTANSI : RSUD Bukit Kerman Kab. Kerinci
ANGKATAN/KELOMPOK : X
NO. ABSEN : A.10.3.21

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

COACH

PESERTA,

Andari Dwi Utami, M.H

NIP. 198801032014022004

Zahratirizka, S. Ftr., Ftr

NIP. 199710082025052001

PENGUJI

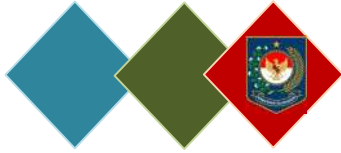
MENTOR

Sutarta, S.H.,M.Si

NIP. 196712031995031001

Sandra Cassia Amanda, S.Kep, Ners, M.Kep

NIP. 199208222019032010



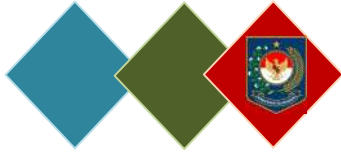
KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamin, segala puji dan syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Aktualisasi “Optimalisasi Penandaan Area Berisiko Tinggi Melalui Penerapan SOP dan Pemasangan Tanda Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman” dapat tersusun dengan baik dan sebagai salah satu syarat kelulusan Pelatihan Dasar CPNS Angkatan X Tahun 2025. Sholawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan untuk Baginda Rasulullah Muhammad SAW.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis berupaya mengangkat isu yang relevan dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. Fokus kegiatan diarahkan pada upaya memberikan tanda peringatan yang tepat di area berisiko tinggi, sehingga diharapkan mampu mendukung terciptanya lingkungan yang aman, meningkatkan kewaspadaan, serta memperkuat kualitas pelayanan di RSUD Bukit Kerman. Dengan demikian, penulis berharap laporan ini dapat memberikan manfaat nyata bagi rumah sakit sekaligus menjadi wujud kontribusi ASN dalam menghadirkan pelayanan publik yang lebih baik..

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang terlibat dalam pembuatan Laporan Aktualisasi ini. Penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan dan dukungan dari banyak pihak sehingga laporan ini dapat diselesaikan dengan sempurna. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak H. Sarjayadi, SS,M.A.P selaku Kepala Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Regional Bukittinggi yang telah memberikan kesempatan untuk bisa mengikuti Pelatihan Dasar CPNS Angkatan X Tahun 2025.
2. Bapak dr. H. Syafril selaku Plt Direktur RSUD Bukit Kerman Kab. Kerinci yang telah membantu dan memberi masukan kepada penulis.
3. Ibu Andari Dwi Utami, M.H selaku Coach yang telah membimbing dan memberikan arahnya selama penyusunan Laporan Aktualisasi ini.
4. Ibu Sandra Cassia Amanda, S.Kep, Ners, M.Kep selaku Mentor yang telah membantu memberi masukan dan bimbingan kepada penulis.
5. Bapak Sutarta, S.H.,M.Si selaku Asesor Sumber Daya Manusia Aparatur Ahli Madya Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Regional Yogyakarta sekaligus Penguji Laporan Aktualisasi
6. Bapak/Ibu Widyaishwara yang telah berkenan membagikan ilmunya, sehingga penulis memiliki modal untuk menjadi ASN yang professional dan berintegritas.
7. Orang Tua serta seluruh keluarga yang selalu memberikan do'a, motivasi dan semangat serta dukungan sehingga Laporan Aktualisasi ini bisa diselesaikan dengan baik.



8. Rekan kerja RSUD Bukit Kerman Kab. Kerinci dan Kementerian Sosial yang telah memberikan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Aktualisasi.
9. Teman sejawat fisioterapi Rina Mayangsari, S.Ftr. M.Erg yang selalu memberikan arahan dan motivasi.
10. Seluruh peserta pelatihan dasar CPNS Golongan III Angkatan X Kelompok 3 Tahun 2025 yang telah bersama-sama memotivasi untuk berjuang menyelesaikan Laporan Aktualisasi ini.

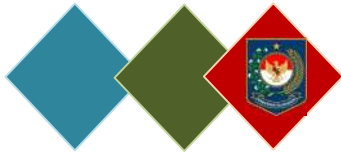
Penulis menyadari bahwa penyusunan Laporan Aktualisasi ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk penyempurnaan di masa mendatang. Besar harapan penulis, laporan ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan pelayanan publik, sekaligus menjadi media pembelajaran untuk meningkatkan kompetensi dan profesionalisme sebagai Aparatur Sipil Negara.

Kerinci, 07 Oktober 2025

Peserta

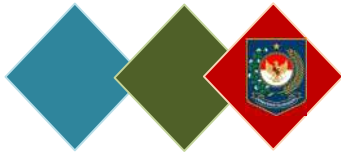
Zahratirizka, S. Ftr., Ftr

NIP. 199710082025052001

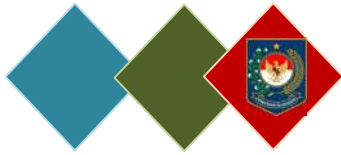


DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI	i
BERITA ACARA SEMINAR LAPORAN PELAKSANAAN AKTUALISASI.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
C. Ruang Lingkup.....	3
BAB II PROFIL INSTANSI DAN PESERTA	4
A. Profil Instansi	4
B. Profil Peserta.....	7
BAB III RINGKASAN RANCANGAN AKTUALISASI	8
A. Deskripsi Isu	8
1) Belum Optimalnya Penandaan Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman	8
2) Belum Optimalnya Sistem Pencegahan Risiko Jatuh pada Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman.....	10
3) Minimnya Pemanfaatan Lahan & Ruang Tunggu untuk Edukasi Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman.....	12
B. Penetapan Core Isu	14
C. Analisis Core Isu.....	15
D. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu	16
BAB IV CAPAIAN PELAKSANAAN AKTUALISASI	17
A. Matrik Jadwal Kegiatan Aktualisasi	17
B. Matrik Pelaksanaan Aktualisasi.....	18
C. Matrik Rekapitulasi Realisasi Habitulasi NND PNS (BerAKHLAK) ...	39
D. Capaian Penyelesaian Core Isu	40

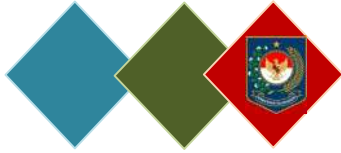


E. Manfaat Terselesaikannya Core Isu	42
F. Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi	43
BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	44
A. Kesimpulan	44
B. Rekomendasi	45
DAFTAR PUSTAKA	ix
LAMPIRAN	



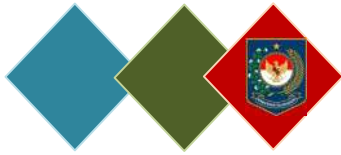
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Penetapan Core Isu Menggunakan Kriteria AKPL	15
Tabel 3.2 Analisis Prioritas Penyebab Isu Menggunakan Kriteria USG	15
Tabel 4.1 Jadwal Rencana Kegiatan Aktualisasi	17
Tabel 4.2 Matrik Pelaksanaan Aktualisasi	36
Tabel 4.3 Matrik Rekapitulasi Realisasi Habitulasi	38
Tabel 4.4 Kondisi Core Isu.....	39
Tabel 4.5 Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi	41



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Foto RSUD Bukit Kerman.....	4
Gambar 3.1 Label Area Risiko Isu Tinggi.....	8
Gambar 3.2 SOP Pencegahan Risiko Jatuh	10
Gambar 3.3 Media Penanda dan Sarana Pendukung	11
Gambar 3.4 Edukasi di Ruang Tunggu.....	13



BAB I PENDAHULUAN

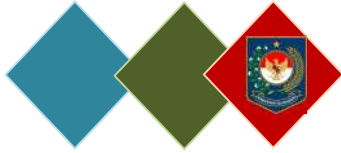
A. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit. Salah satu aspek pentingnya adalah penandaan area berisiko tinggi seperti di instalasi rawat jalan, instalasi gawat darurat (IGD) dan sebagainya. Penandaan berfungsi memberikan peringatan kepada pasien, pengunjung, dan tenaga kesehatan agar lebih waspada sehingga dapat mencegah kejadian tidak diinginkan seperti jatuh, tergelincir, atau cedera.

Kewajiban penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan harus menjamin mutu dan keselamatan pasien. Lebih lanjut, Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit mengatur penerapan sasaran keselamatan pasien, termasuk pencegahan risiko jatuh dan keselamatan penggunaan obat. Upaya pengendalian risiko juga diperkuat melalui Permenkes Nomor 66 Tahun 2016 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) yang mewajibkan manajemen risiko di seluruh area rumah sakit.

Selain itu, pemenuhan standar akreditasi juga menuntut adanya penerapan budaya keselamatan pasien dan manajemen risiko yang konsisten. Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit serta Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 menegaskan bahwa aspek keselamatan pasien, pengendalian infeksi, dan tata kelola mutu merupakan bagian penting dari penilaian akreditasi. Optimalisasi penandaan area berisiko tinggi merupakan salah satu langkah sederhana namun efektif untuk memenuhi standar tersebut sekaligus menekan angka kejadian yang tidak diinginkan.

Hasil observasi awal di RSUD Bukit Kerman menunjukkan bahwa penandaan area berisiko tinggi masih minim dan belum seragam. Tanda lantai licin di kamar mandi IGD sudah pudar sehingga sulit terbaca oleh pasien maupun pengunjung. Selain itu, di instalasi rawat jalan maupun IGD belum terdapat penanda bahaya listrik, penandaan lainnya hanya ditulis dengan spidol di bagian tutup tempat sampah medis, sehingga kurang jelas dan rawan terhapus. Kondisi ini meningkatkan risiko



kecelakaan bagi tenaga kesehatan, pasien maupun pengunjung dan dapat berdampak pada citra pelayanan rumah sakit.

Bagi RSUD Bukit Kerman, program penandaan area berisiko tinggi sangat relevan mengingat tuntutan peningkatan mutu layanan dan keberlanjutan akreditasi. Penandaan yang jelas, mudah dibaca, dan dipasang di titik-titik strategis dapat meningkatkan kewaspadaan semua pihak terhadap potensi bahaya, sekaligus membentuk budaya keselamatan di lingkungan rumah sakit.

Dari perspektif Aparatur Sipil Negara (ASN), program ini juga sejalan dengan amanat Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang ASN dan nilai-nilai BerAKHLAK yang menekankan integritas, profesionalitas, dan orientasi pelayanan publik. Melalui kegiatan aktualisasi ini, CPNS dapat berkontribusi langsung terhadap peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan menginisiasi perubahan yang berbasis regulasi dan kebutuhan lapangan.

Dengan alasan tersebut, maka penulis Menyusun Laporan Aktualisasi yang berjudul “Optimalisasi Penandaan Area Berisiko Tinggi Melalui Penerapan SOP dan Pemasangan Tanda Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman”.

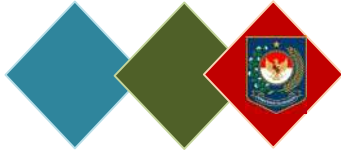
B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Kegiatan aktualisasi ini bertujuan untuk menjadi ASN yang profesional dan berkarakter dengan menerapkan nilai-nilai ASN BerAKHLAK (berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, Kompeten) pada isu permasalahan yang ada di lingkungan kerja.

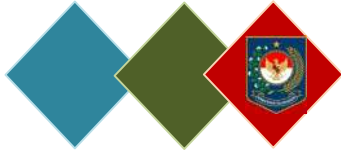
2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari kegiatan aktualisasi ini adalah terlaksananya optimalisasi penerapan SOP serta pemasangan tanda pada area berisiko tinggi di RSUD Bukit Kerman. Melalui kegiatan ini diharapkan dapat mendukung pencapaian sasaran keselamatan pasien, mencegah terjadinya cedera maupun kecelakaan kerja, serta berkontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.



C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup kegiatan aktualisasi ini di RSUD Bukit Kerman Kabupaten Kerinci khususnya di ruang instalasi rawat jalan dan instalasi gawat darurat (IGD) dengan menerapkan nilai-nilai dasar ASN yaitu Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif (BerAKHLAK). Waktu pelaksanaan kegiatan aktualisasi mulai dari tanggal 01 September- 04 Oktober 2025.



BAB II

PROFIL INSTANSI DAN PESERTA

A. Profil Instansi

1. Gambaran Umum Instansi

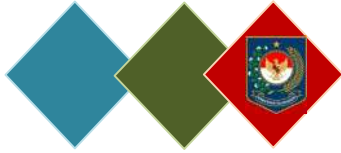


Gambar 2.1 Foto RSUD Bukit Kerman

RSUD Bukit Kerman merupakan salah satu rumah sakit daerah milik Pemerintah Kabupaten Kerinci, Provinsi Jambi yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten Kerinci. RSUD Bukit Kerman memiliki luas lahan ± 3 hektar dengan diawali pembangunan rumah sakit tipe D Pratama 02 Juli 2024 dan saat ini menjadi rumah sakit tipe D pada 19 Juni 2025.

Saat ini RSUD Bukit Kerman memberikan pelayanan instalasi gawat darurat dan pelayanan rawat jalan. Lokasi RSUD Bukit Kerman terletak di Desa Pondok Pulau Sangkar Kec. Bukit Kerman Kab.Kerinci.

Sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah. memberi kewenangan kepada daerah untuk melakukan penataan kembali organisasi Rumah Sakit Umum Daerah. Berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud, maka ditetapkan Peraturan Bupati Kabupaten Kerinci Nomor 14 Tahun 2025 tentang



Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksanaan Teknis Daerah RSUD Bukit Kerman.

Susunan organisasi RSUD Bukit Kerman Kabupaten Kerinci sebagaimana tertuang didalam Peraturan Bupati Kabupaten Kerinci Nomor 14 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

1. Direktur
2. Sub bagian Tata Usaha
3. Seksi Pelayanan Non Medik
4. Seksi Pelayanan Medik, Penunjang Medik, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan
5. Kelompok Jabatan Fungsional
6. Unit Pendukung (Instalasi);
7. Komite; dan
8. Satuan Pemeriksaan Internal

2. Visi dan Misi Organisasi

1) Visi

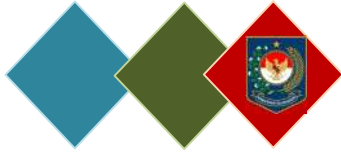
Visi Rumah Sakit Umum Daerah Bukit Kerman Kabupaten Kerinci ini adalah :

- a. Menjadikan Rumah Sakit pilihan pertama bagi masyarakat dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- b. Menjadi pusat pelayanan yang berkualitas kebanggaan masyarakat.

2) Misi

Misi Rumah Sakit Umum Daerah Bukit Kerman Kabupaten Kerinci ini adalah sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien
- b. Menyediakan peralatan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung dan memadai
- c. Menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang independen, akuntabel, disiplin dan profesionalisme
- d. Meningkatkan kinerja layanan profesionalisme dan meningkatkan kesejahteraan pegawai.



3. Nilai-Nilai Organisasi

Tata Nilai Rumah Sakit Umum Daerah Bukit Kerman Kabupaten Kerinci adalah "KERINCI"

K : KOMPETEN

Kompeten dan mampu dalam melaksanakan tugas sesuai dengan keahlian

E : EFISIEN

Efisien dalam menghemat waktu dan biaya serta optimal

R : RAMAH

Ramah dalam bertutur kata halus, lembut, tersenyum dan salam sapa

I : INTEGRITAS

Berperilaku sebagai insane yang beriman, jujur, kerja keras, disiplin dan berkomitmen

N : NORMA

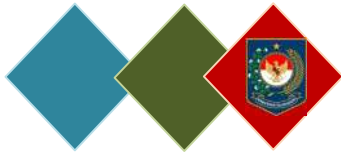
Melaksanakan kegiatan dan kerja selalu berlandaskan aturan dan perundang- undangan

C : CEPAT

Cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan

I : INOVATIF

Inovatif dalam melakukan cara baru untuk menyelesaikan kegiatan dan selalu dalam menambah Ilmu



B. Profil Peserta



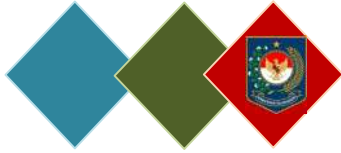
Penulis bernama Zahratirizka, lahir di Kota Jambi pada tanggal 08 Oktober 1997. Penulis menyelesaikan studi Pendidikan Profesi Fisioterapi di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2022.

Penulis diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Pemerintah Kabupaten Kerinci di Bagian RSUD Bukit Kerman dengan jabatan Fisioterapis Ahli Pertama.

Tugas pokok penulis pada bidang fisioterapi adalah :

1. Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan berdasarkan data Rumah Sakit
2. Menyusun pedoman pelayanan fisioterapi
3. Menyusun SOP pelayanan fisioterapi
4. Menyusun kerangka acuan program/kegiatan fisioterapi
5. Menyiapkan dan membersihkan ruangan poli fisioterapi sebelum pelayanan dimulai
6. Menyiapkan peralatan dan bahan untuk pemeriksaan pasien
7. Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien dan menegakkan diagnosa
8. fisioterapi
9. Melakukan tindakan fisioterapi sesuai dengan masalah pasien tersebut
10. Mengadakan evaluasi dan follow up kepada pasien untuk penanganan terapi selanjutnya
11. Mendokumentasikan status pasien di buku laporan fisioterapi dan di status rekam medis.
12. Membersihkan dan merapikan ruangan poli fisioterapi setelah pelayanan

Namun penulis mendapatkan tugas tambahan berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Bukit Kerman pada penetapan tim akreditasi dan anggota pokja akreditasi di sub bidang sasaran keselamatan pasien pada tanggal 02 Agustus 2025. Adapun tugas tersebut yaitu mengidentifikasi serta menyusun kebijakan, pedoman dan prosedur penerapan sasaran keselamatan pasien.



BAB III

RINGKASAN RANCANGAN AKTUALISASI

A. Deskripsi Isu

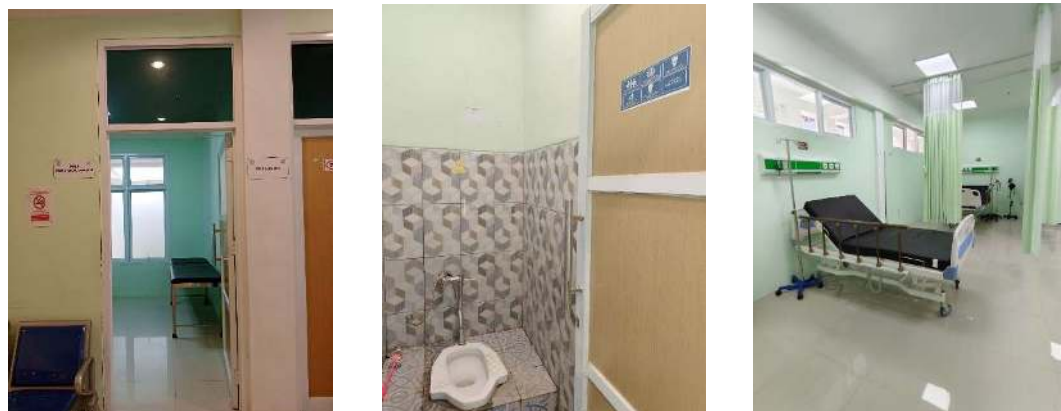
Rancangan Aktualisasi ini disusun berdasarkan beberapa isu yang penulis temukan di instansi tempat penulis bekerja yaitu pada Bagian Akreditasi Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman Kabupaten Kerinci. Adapun deskripsi masing-masing isu adalah sebagai berikut :

1) **Belum Optimalnya Penandaan Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman**

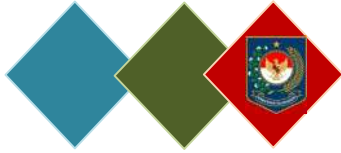
a) Data dan Fakta

Pada isu “Belum Optimalnya Penandaan Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman”, data yang seharusnya ada seperti tersedia SOP dan tanda peringatan di area rawan seperti IGD dan instalasi rawat jalan. Tanda ini bisa berupa tulisan, simbol, atau garis pembatas yang jelas agar pasien dan pengunjung lebih waspada. Di rumah sakit lain yang sudah lengkap, penandaan biasanya dipasang dengan standar warna yang seragam dan dievaluasi secara rutin.

Di RSUD Bukit Kerman sebenarnya sudah terdapat beberapa label penanda area berisiko tinggi, namun jumlahnya masih sangat terbatas dan belum menyeluruh di semua ruangan. Dari hasil pengamatan, area yang aktif digunakan seperti IGD, instalasi rawat jalan masih minim tanda peringatan bahaya. Kondisi ini membuat pasien, keluarga, maupun pegawai kurang mendapat informasi yang jelas mengenai potensi risiko di area tersebut, sehingga dapat mengurangi aspek keselamatan lingkungan rumah sakit.



Gambar 3.1 Label area resiko tinggi
(Sumber : dokumentasi pribadi)



b) Dampak

Belum optimalnya penandaan area berisiko tinggi di RSUD Bukit Kerman dapat menimbulkan berbagai dampak serius. Kurangnya penanda di area seperti di instalasi rawat jalan dan igd berpotensi menyebabkan insiden jatuh, terpeleset, peralatan tegangan listrik atau cedera lain karena mereka tidak menyadari adanya risiko bahaya di lokasi tersebut. Kondisi ini jelas mengancam keselamatan pasien dan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap mutu layanan rumah sakit.

Bagi tenaga kesehatan, ketiadaan penandaan yang jelas juga meningkatkan risiko kerja, karena petugas harus bekerja di lingkungan yang tidak sepenuhnya aman. Selain itu, ketika terjadi insiden, petugas akan terdampak secara psikologis dan beban kerja, sebab harus menangani kejadian yang sebenarnya bisa dicegah dengan manajemen risiko yang baik.

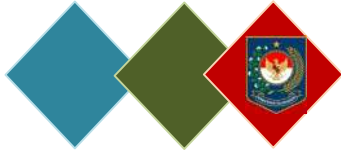
Dampak lain yang tak kalah penting adalah pada rumah sakit sebagai institusi. Belum optimalnya penandaan dapat memicu komplain hingga tuntutan hukum dari keluarga pasien jika terjadi kecelakaan, menimbulkan beban finansial tambahan, dan merusak citra RSUD Bukit Kerman di mata publik.

Selain itu, hal ini dapat menghambat proses akreditasi rumah sakit, karena penandaan area berisiko tinggi merupakan salah satu indikator penting dalam penilaian standar keselamatan pasien dan mutu layanan. Jika standar ini tidak terpenuhi, nilai akreditasi bisa menurun dan berdampak pada keberlanjutan status rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan publik yang profesional.

c) Keterkaitan Isu dengan Agenda Pembelajaran III

Isu belum optimalnya penandaan area berisiko tinggi di RSUD Bukit Kerman memiliki kaitan erat dengan peran ASN sebagai pelaksana kebijakan publik, pelayan publik, serta perekat dan pemersatu bangsa. Dalam kerangka Manajemen ASN, seorang ASN dituntut untuk mampu melaksanakan tugas secara profesional, akuntabel, serta berorientasi pada pelayanan publik yang berkualitas. Penandaan area risiko tinggi merupakan bagian dari upaya meningkatkan keselamatan pasien, pegawai, dan keluarga di rumah sakit, yang pada akhirnya mendukung mutu pelayanan kesehatan.

Selain itu, isu ini juga sejalan dengan konsep Smart ASN yang menekankan enam peran utama ASN masa depan, yaitu: integritas, nasionalisme, profesionalisme, wawasan global, penguasaan IT, dan networking. Upaya optimalisasi penandaan



area berisiko tinggi mencerminkan nilai profesionalisme dan integritas, karena berhubungan langsung dengan tanggung jawab ASN dalam memastikan keselamatan publik. Dengan memanfaatkan teknologi informasi (misalnya desain label digital atau sistem manajemen keselamatan), ASN dapat menunjukkan kemampuan adaptif dan inovatif sesuai tuntutan era digital.

2) Belum Optimalnya Sistem Pencegahan Risiko Jatuh pada Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman

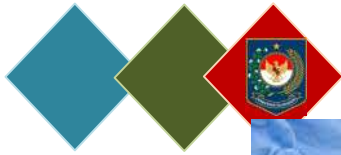
a) Data dan Fakta

Untuk sasaran keselamatan pasien pada pencegahan risiko jatuh, rumah sakit harus memiliki dokumen SOP, formulir skrining risiko jatuh, media penanda seperti gelang atau stiker khusus, sarana pendukung (bed dengan pengaman, lantai anti-selip, pegangan tangan), serta data monitoring, evaluasi, dan pelatihan tenaga kesehatan.

Saat ini di RSUD Bukit Kerman belum tersedia SOP pencegahan risiko jatuh, maupun media penanda seperti gelang atau stiker khusus. Saat ini yang tersedia yaitu sop identifikasi risiko jatuh dan form skala jatuh. Selain itu, sarana pendukung seperti handrail di dinding juga belum tersedia sehingga upaya pencegahan risiko jatuh belum dapat berjalan optimal.

 	PENCEGAHAN RISIKO JATUH PASIEN RAWAT JALAN DI POLIKLINIK		
	Nomor Dokumen : 046/SKP/XII/2017	Nomor Revisi : 00	Halaman : 1 / 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit : 12 Desember 2017	Ditetapkan oleh : Direktur RSIA Sayyidah Dompot Dhuafa <u>dr. Woro Murdiastuti, MM</u>	
Pengertian	Pencegahan terjadinya pasien jatuh selama dalam masa pelayanan di rumah sakit pada pasien yang dirawat jalan / poliklinik		
Tujuan	Mencegah kejadian jatuh dan melindungi pasien dari cedera selama dalam masa perawatan di rumah sakit		
Kebijakan	1. Permenkes No.34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi rumah sakit		

Gambar 3.2 SOP Pencegahan Risiko Jatuh
(sumber : google picture)



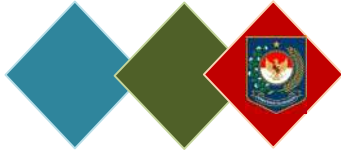
Gambar 3.3 Media Penanda dan Sarana Pendukung
(sumber : google picture)

b) Dampak

Risiko jatuh yang tidak tertangani dengan baik dapat meningkatkan angka kejadian cedera, mulai dari luka ringan, memar, hingga patah tulang pada pasien, terutama pada kelompok rentan seperti lansia, pasien pascaoperasi, atau pasien dengan keterbatasan mobilitas. Kondisi ini tidak hanya mengancam keselamatan dan kualitas hidup pasien, tetapi juga memperpanjang masa rawat inap sehingga menambah beban biaya bagi pasien dan rumah sakit.

Selain itu, kejadian jatuh yang berulang dapat menurunkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan rumah sakit. RSUD Bukit Kerman berpotensi mengalami penurunan citra dan kredibilitas sebagai fasilitas kesehatan apabila tidak mampu menjamin standar keselamatan pasien yang telah ditetapkan dalam Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit serta standar akreditasi rumah sakit. Dampak lainnya adalah meningkatnya beban kerja tenaga kesehatan, karena harus menangani kasus tambahan akibat cedera jatuh yang sebenarnya dapat dicegah dengan sistem pencegahan yang optimal.

Kegagalan dalam mengimplementasikan sistem pencegahan risiko jatuh berimplikasi pada hasil penilaian akreditasi rumah sakit, khususnya pada elemen Sasaran Keselamatan Pasien. Penilaian yang rendah dapat mempengaruhi status akreditasi dan berujung pada menurunnya daya saing RSUD Bukit Kerman dibandingkan dengan rumah sakit lain. Oleh karena itu, optimalisasi sistem pencegahan risiko jatuh menjadi sangat penting agar keselamatan, kenyamanan, serta mutu pelayanan pasien dapat terjaga, sekaligus memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.



c) Keterkaitan Isu dengan Agenda Pembelajaran III

Isu “Belum Optimalnya Sistem Pencegahan Risiko Jatuh pada Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman” termasuk dalam kategori Manajemen ASN karena secara langsung berkaitan dengan tata kelola organisasi, penyusunan kebijakan, serta implementasi standar pelayanan di rumah sakit. Pencegahan risiko jatuh bukan hanya tanggung jawab individu tenaga kesehatan, tetapi juga mencakup sistem kerja yang terstruktur melalui kebijakan, prosedur, dan pengawasan yang dikelola oleh manajemen ASN di lingkungan rumah sakit.

Salah satu aspek penting dari isu ini adalah penyusunan dan penerapan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang jelas dan sesuai dengan pedoman keselamatan pasien yang ditetapkan Kementerian Kesehatan. SOP menjadi acuan utama bagi seluruh tenaga kesehatan dalam melaksanakan tindakan pencegahan risiko jatuh yang terukur dan seragam. Tanpa adanya SOP yang optimal dan disosialisasikan dengan baik, maka pelaksanaan pencegahan jatuh berpotensi tidak konsisten dan sulit dievaluasi.

Selain SOP, penyediaan sarana dan prasarana juga menjadi bagian dari manajemen pelayanan, penyediaan pegangan di tangga atau kamar mandi pasien, serta ketersediaan tempat tidur dengan pengaman merupakan wujud nyata dari komitmen rumah sakit terhadap keselamatan pasien. Manajemen ASN berperan dalam perencanaan, penganggaran, dan pengawasan penyediaan sarana tersebut agar sesuai standar.

3) Minimnya Pemanfaatan Lahan & Ruang Tunggu untuk Edukasi Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman

a) Data dan Fakta

RSUD Bukit Kerman saat ini sudah memiliki ruang tunggu pasien dan area lahan yang cukup luas. Namun dari hasil pengamatan, ruang tunggu tersebut hanya digunakan sebagai tempat menunggu tanpa dilengkapi sarana edukasi seperti poster, banner, papan informasi, atau tayangan video. Kondisi ini berbeda dengan praktik di beberapa rumah sakit lain, di mana ruang tunggu dimanfaatkan untuk menampilkan media edukasi keselamatan pasien, termasuk pencegahan jatuh, kebersihan tangan, dan hak-hak pasien.

Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Bukit Kerman belum memanfaatkan lahan dan ruang tunggu sebagai sarana edukasi keselamatan pasien. Akibatnya, informasi penting mengenai keselamatan belum tersampaikan secara maksimal kepada pasien dan keluarga yang berada di area tersebut.



Gambar 3.4 Edukasi di ruang tunggu
(sumber : google picture)

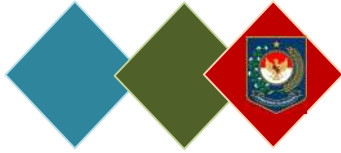
b) Dampak

Minimnya pemanfaatan ruang tunggu dan area di RSUD Bukit Kerman untuk edukasi keselamatan pasien menimbulkan sejumlah dampak. Ruang tunggu seharusnya dapat dimanfaatkan untuk menyampaikan informasi penting tentang hak-hak pasien, pencegahan infeksi, serta cara menjaga keselamatan diri selama berada di rumah sakit. Namun karena belum dimanfaatkan dengan optimal, informasi tersebut tidak tersampaikan dengan baik kepada pasien dan keluarga. Akibatnya, kesadaran mereka terhadap pentingnya keselamatan masih rendah, sehingga partisipasi dalam mendukung program keselamatan juga kurang.

Bagi pihak rumah sakit, kurangnya kegiatan edukasi ini dapat berpengaruh pada mutu pelayanan karena pasien dan keluarga tidak terlibat aktif dalam upaya pencegahan risiko. Selain itu, aspek edukasi menjadi salah satu penilaian penting dalam akreditasi rumah sakit. Jika kondisi ini terus dibiarkan, dapat menjadi kelemahan yang menurunkan nilai akreditasi dan kepercayaan masyarakat terhadap layanan rumah sakit. Oleh karena itu, pemanfaatan ruang tunggu sebagai media edukasi sangat penting agar informasi keselamatan tersampaikan dan mutu pelayanan dapat meningkat.

c) Keterkaitan Isu dengan Agenda Pembelajaran III

Isu ini berkaitan erat dengan peran ASN dalam kerangka Manajemen ASN yang menuntut profesionalisme, akuntabilitas, serta orientasi pada pelayanan publik. ASN di bidang kesehatan harus mampu memanfaatkan setiap potensi, termasuk ruang



tunggu, sebagai sarana meningkatkan kualitas layanan melalui edukasi keselamatan pasien.

Dalam perspektif Smart ASN, upaya pemanfaatan ruang tunggu untuk edukasi mencerminkan nilai profesionalisme, integritas, dan inovasi. ASN dituntut kreatif dan adaptif dalam menghadirkan solusi sederhana namun berdampak besar, misalnya dengan membuat poster edukasi, leaflet, atau memanfaatkan teknologi informasi untuk tayangan edukasi digital. Dengan langkah ini, ASN tidak hanya menjalankan tugas teknis, tetapi juga mewujudkan pelayanan publik yang berorientasi pada keselamatan dan mutu.

B. Penetapan Core Isu

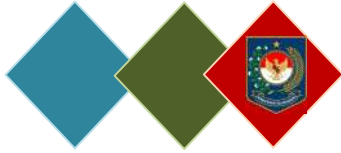
Berdasarkan isu aktual yang telah teridentifikasi pada yaitu pada Bagian Akreditasi Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman Kabupaten Kerinci, selanjutnya dilakukan proses pemilihan isu dengan analisis kriteria AKPL (Aktual, Kekhalayakan, Problematik, Kelayakan).

Teknik AKPL yang di buat adalah teknik yang digunakan untuk menentukan kelayakan suatu masalah dengan memperhatikan empat faktor yaitu :

1. **Aktual** (Isu tersebut benar-benar terjadi dan sedang hangat dibicarakan);
2. **Kekhalayakan** (Isu yang menyangkut hajat hidup orang banyak);
3. **Problematik** (Isu yang memiliki dimensi masalah yang kompleks, sehingga perlu dicarikan segera solusinya);
4. **Kelayakan** (Isu yang masuk akal dan realistis serta relevan untuk dimunculkan inisiatif pemecahan masalahnya).

Isu-isu yang sudah dipilih ditentukan tingkat aktual, problematik, kekhalayakan dan kelayakan isu dengan memberikan nilai 1-5 untuk masing-masing isu berdasarkan 4 indikator yang sudah ada. Tingkat terendah diberi nilai 1, sedangkan tingkat tertinggi diberi nilai 5.

Isu dengan total nilai paling besar adalah isu yang akan diangkat untuk Laporan Aktualisasi. Proses identifikasi dengan metode AKPL dapat dilihat pada Tabel 3.1 berikut.



No	Identifikasi Isu	Kriteria				Jumlah	Rank
		A (1-5)	K (1-5)	P (1-5)	L (1-5)		
1	Belum Optimalnya Penandaan Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman	5	5	5	5	20	1
2	Belum Optimalnya Sistem Pencegahan Risiko Jatuh pada Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman	4	4	5	4	17	2
3	Minimnya Pemanfaatan Lahan & Ruang Tunggu untuk Edukasi Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman	3	4	3	4	14	3

Tabel 3.1 Penetapan Core Isu Menggunakan kriteria AKPL

Berdasarkan kriteria AKPL diatas, maka isu yang dipilih adalah Belum Optimalnya Penandaan Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman.

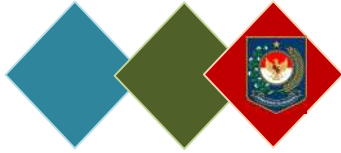
C. Analisis Core Isu

Metode analisis USG (Urgency, Seriousness, Growth) digunakan untuk mencari prioritas penyebab isu, yang dapat dilihat pada tabel 3.1. Metode ini menggunakan skor dengan skala 1 sampai 5 untuk setiap kriterianya. Semakin tinggi tingkat urgency, seriousness, dan growth masalah, maka semakin tinggi skor untuk masing-masing kriteria tersebut:

- 1) Urgency, yaitu seberapa mendesak suatu isu harus dibahas, dianalisis, dan ditindaklanjuti;
- 2) Seriousness, yaitu seberapa serius suatu isu harus dibahas dikaitkan dengan akibat yang akan ditimbulkan;
- 3) Growth, yaitu seberapa besar kemungkinan memburuknya isu tersebut jika tidak ditangani dengan segera.

No	Penyebab terjadinya isu	U	S	G	Total	Rank
1	Belum adanya SOP dan pemasangan tanda area berisiko tinggi	5	5	5	15	1
2	Keterbatasan anggaran untuk penandaan area berisiko tinggi	4	5	4	13	2
3	Kurangnya sosialisasi dan kepedulian petugas terkait area berisiko	3	4	3	10	3

Tabel 3.2 Analisis Prioritas penyebab isu menggunakan kriteria USG



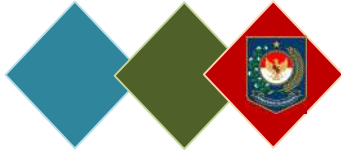
Berdasarkan hasil analisis tersebut, didapatkan penyebab isu prioritas adalah belum adanya sop dan pemasangan tanda area berisiko tinggi.

D. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu

Berdasarkan analisis terhadap core isu yang sudah dilakukan, Solusi yang dapat dilakukan adalah pembuatan sop dan pemasangan tanda area berisiko tinggi di RSUD Bukit Kerman di ruang IGD dan instalasi rawat jalan. Gagasan ini terkait dengan pembelajaran Agenda III yaitu tentang Manajemen ASN yang mana hal ini berkaitan dengan kebijakan penyusunan SOP, sedangkan pada Smart ASN memanfaatkan teknologi sebagai penunjang dalam pekerjaan.

Untuk mewujudkan gagasan kreatif tersebut, kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan selama masa habituasi adalah sebagai berikut :

- 1) Merancang dan pembuatan SOP
- 2) Merancang dan pembuatan label area berisiko tinggi
- 3) Penerapan SOP dan Pemasangan Label
- 4) Melakukan Uji Coba
- 5) Evaluasi dari Kegiatan



BAB IV

CAPAIAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

A. Matrik Jadwal Kegiatan Aktualisasi

Pada saat rencana pelaksanaan kegiatan dimulai pada tanggal 26 Agustus 2025, namun dikarenakan adanya perubahan tanggal seminar rancangan yaitu tanggal 29 Agustus 2025, Penulis mengubah kegiatan pelaksanaan kegiatan menjadi tanggal 01 September 2025 hingga 04 Oktober 2025. Pada kegiatan ke 1 pada rancangan dimulai dari minggu ke-4 agustus sampai minggu pertama september menjadi hanya minggu pertama pada bulan september, pada kegiatan ke-2 semula dimulai dari minggu pertama sampai kedua menjadi minggu kedua pada bulan september.

Pada kegiatan ke-3 semula direncanakan di minggu ketiga dan keempat menjadi minggu ketiga di bulan September. Kegiatan ke-4 direncanakan pada minggu keempat saja menjadi sampai minggu pertama pada bulan Oktober. Selanjutnya pada kegiatan ke-5 dilaksanakan minggu pertama pada bulan Oktober.

No	Kegiatan	September				Oktober
		I	II	III	IV	I
1	Kegiatan Ke-1 Merancang dan pembuatan SOP (01-06 September 2025)					
2	Kegiatan Ke-2 Merancang dan pembuatan label area berisiko tinggi (08-13 September 2025)					
3	Kegiatan Ke-3 Penerapan SOP dan Pemasangan Label (15-20 September 2025)					
4	Kegiatan Ke-4 Melakukan Uji Coba (22 September- 02 Oktober 2025)					
5	Kegiatan Ke-5 Evaluasi dari kegiatan (02 Oktober-04 Oktober 2025)					

Tabel 4.1 Jadwal Rencana Kegiatan Aktualisasi



B. Matrik Pelaksanaan Aktualisasi

Unit Kerja	: Fisioterapis Ahli Pertama, di RSUD Bukit Kerman
Identifikasi Isu	: 1. Belum Optimalnya Penandaan Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman 2. Belum Optimalnya Sistem Pencegahan Risiko Jatuh pada Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman 3. Minimnya Pemanfaatan Lahan & Ruang Tunggu untuk Edukasi Keselamatan Pasien di RSUD Bukit Kerman
Isu yang Diangkat	: Belum Optimalnya Penandaan Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman
Gagasan Pemecahan Isu	: Pembuatan SOP dan pemasangan tanda area berisiko tinggi. Gagasan ini terkait dengan pembelajaran Agenda III yaitu tentang Manajemen ASN dan Smart ASN

No	Kegiatan	Tahapan Kegiatan	Output/Hasil	Keterkaitan Substansi Mata Pelatihan (Ber-AKHLAK)	Kontribusi Terhadap Visi/Misi Organisasi	Penguatan Nilai ber-AKHLAK di Organisasi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1	Merancang dan pembuatan SOP	1. Melakukan Konseling serta berkoordinasi dengan mentor dan ketua pokja akreditasi bidang sasaran keselamatan pasien (SKP).	1. Tersedianya catatan konseling dan dokumentasi	1. Berorientasi Pelayanan (ramah, cekatan, solutif , dapat diandalkan): Sebelum berdiskusi Penulis telah meminta izin kepada mentor dan ketua skp apakah ada waktu dan sedang tidak sibuk agar penulis tidak mengganggu.	Kegiatan Merancang dan pembuatan SOP sesuai dengan Misi RSUD Bukit Kerman poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu	Kegiatan merancang dan pembuatan SOP menguatkan nilai Ber-AKHLAK di RSUD Bukit Kerman dengan membentuk budaya kerja



				2. Loyal (menjaga nama baik sesama asn, pimpinan instansi dan negara) Penulis telah mendukung kebijakan rumah sakit dengan menerima arahan mentor dan ketua tim skp dalam penyusunan SOP, serta berkomitmen untuk keberlangsungan implementasinya	dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan misi pokok yaitu menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang independen, akuntabel, disiplin dan profesionalisme	yang akuntabel, dan kolaboratif
		2. Mencari referensi atau landasan regulasi terkait dengan penandaan area berisiko tinggi.	1. Terdapatnya referensi atau landasan yang berkaitan dengan penandaan area berisiko tinggi di RSUD Bukit Kerman	1. Kompeten (meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah) Penulis telah memperdalam pemahaman tentang standar keselamatan pasien dan regulasi terkait, serta menerapkannya ke dalam SOP untuk meningkatkan kompetensi diri dan organisasi.		



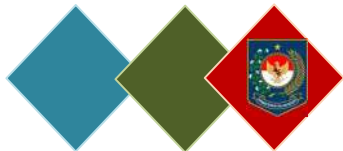
		3. Menyusun draft SOP (tujuan, ruang lingkup, definisi, prosedur, tanggung jawab)	1. Terdapatnya draft kebutuhan penandaan. 2. Terbuatnya draft sop penandaan area berisiko tinggi	1. Berorientasi Pelayanan (melakukan perbaikan tiada henti) Penulis telah memastikan bahwa SOP yang disusun mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien, sehingga pelayanan menjadi lebih aman dan nyaman bagi seluruh pasien. 2. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, Bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi); (menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif dan efisien) Penulis telah menyusun SOP yang dapat dipertanggungjawabkan secara prosedural dan sesuai dengan regulasi,		
--	--	--	--	---	--	--



				sehingga setiap langkah penandaan area risiko jelas dan terdokumentasi. serta penulis akan menggunakan alat dan teknologi lainnya di instansi dengan efektif. 3. Harmonis (membangun lingkungan kerja yang kondusif) Penulis telah melibatkan tim akreditasi sasaran keselamatan pasien, dalam perumusan SOP agar tercipta keselarasan dan kerja sama yang baik. 4. Adaptif (cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan) Penulis telah menyesuaikan SOP dengan perkembangan teknologi, pedoman keselamatan terbaru, dan kebutuhan lapangan sehingga prosedur selalu relevan		
--	--	--	--	--	--	--



				5. Kolaboratif (memberikan kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis telah bekerja sama dengan tim lintas bidang dan menerima masukan demi penyempurnaan SOP serta keberhasilan implementasinya		
2	Merancang dan pembuatan label area berisiko tinggi	1. Mengidentifikasi dan menentukan area risiko tinggi serta jenis risiko (jatuh, zat infeksi, kimia, arus listrik) dengan melibatkan tim skp	1. Daftar area berisiko tinggi 2. Peta/donasi area rawan risiko 3. Daftar jenis risiko	1. Berorientasi Pelayanan (ramah, cekatan, solutif, dapat diandalkan): Penulis telah meminta izin untuk konsultasi kepada mentor dan ketua skp apakah ada waktu dan sedang tidak sibuk agar penulis tidak mengganggu. 2. Kompeten (meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah). Penulis telah menggunakan pengetahuan dan pro	Kegiatan merancang dan pembuatan label area berisiko tinggi sesuai dengan misi RSUD Bukit Kerman pada poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan poin	Kegiatan merancang dan pembuatan label area berisiko tinggi menguatkan nilai Ber-AKHLAK di RSUD Bukit Kerman dengan membentuk budaya kerja yang akuntabel, dan kolaboratif



				sedur yang tepat untuk menilai potensi risiko di setiap area. 3. Harmonis (membangun lingkungan kerja yang kondusif) Penulis telah menjaga hubungan kerja yang baik dan saling menghargai antar pegawai. sehingga komunikasi dan koordinasi dalam kegiatan ini berjalan lancar dan penuh rasa saling pengertian. 4. Kolaboratif (memberikan kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis bekerja sama dengan tim SKP dan unit terkait dalam menentukan area risiko, sehingga keputusan lebih tepat dan tanggung jawab keselamatan menjadi tanggung jawab bersama.	b yaitu menyediakan peralatan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung dan memadai	
--	--	--	--	---	--	--



		2. Mendesain bentuk, warna dan tulisan menggunakan aplikasi digital Inkscape, selanjutnya mencetak stiker ukuran A4	1. Tersedianya label penandaan area risiko tinggi di RSUD Bukit Kerman	1. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi); (menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif dan efisien) Penulis telah memastikan kegiatan sesuai aturan dan standar keselamatan , serta penulis akan menggunakan alat dan teknologi lainnya di instansi dengan efektif. 2. Kompeten (meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah). Penulis telah menggunakan pengetahuan untuk membuat label tersebut.		
--	--	--	---	---	--	--



				3. Harmonis (membangun lingkungan kerja yang kondusif) Penulis menjaga hubungan baik dengan rekan kerja dan menghargai setiap masukan desain dari tim, sehingga tercipta suasana kerja yang saling menghormati dan mendukung hasil terbaik. 4. Adaptif (terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas) Penulis telah terbuka terhadap masukan dan inovasi dalam desain label. 5. Kolaboratif (memberikan kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis telah bekerja sama dengan tim skp agar tujuan peningkatan keselamatan pasien		
--	--	--	--	---	--	--



				dapat tercapai secara maksimal.		
3	Penerapan SOP dan pemasangan label	1. Mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan	1. Dokumentasi hasil kajian	1. Berorientasi Pelayanan (ramah, cekatan, solutif, dapat diandalkan): Penulis telah meminta izin untuk konsultasi kepada mentor apakah ada waktu dan sedang tidak sibuk agar penulis tidak mengganggu. 2. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi); Penulis telah mempelajari dan melaksanakan SOP secara konsisten sesuai ketentuan yang berlaku. 3. Kompeten (melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik) Penulis telah memahami isi SOP dan pelabelan serta menerapkannya secara tepat.	Kegiatan penerapan sop dan pemasangan label area berisiko tinggi sesuai dengan misi RSUD Bukit Kerman pada poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan poin b yaitu menyediakan peralatan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung dan memadai	Kegiatan penerapan sop dan pemasangan label area berisiko tinggi di RSUD Bukit Kerman menguatkan nilai Ber-AKHLAK di RSUD Bukit Kerman dengan membentuk budaya kerja yang akuntabel, dan kolaboratif



				4. Harmonis (membangun lingkungan kerja yang kondusif) Penulis berkoordinasi dan berdiskusi dengan tim SKP serta lintas unit terkait dalam memahami isi SOP dengan saling menghargai pendapat, sehingga tercipta suasana kerja yang terbuka dan harmonis. 5. Loyal (menjaga nama baik sesama asn, pimpinan instansi, dan negara) Penulis telah mematuhi dan mendukung kebijakan serta prosedur resmi yang telah ditetapkan oleh instansi 6. Adaptif (cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan) Penulis telah menghargai masukan dari rekan kerja serta membangun pema		
--	--	--	--	--	--	--



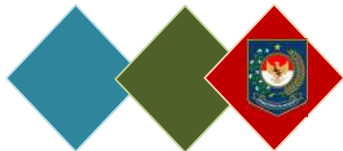
				haman bersama terkait penerapan SOP. 7. Kolaboratif (memberikan kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis melibatkan tim SKP dan unit terkait dalam mengkaji SOP, sehingga setiap pihak dapat memberikan masukan sesuai bidangnya dan hasil kajian menjadi lebih komprehensif serta aplikatif di lapangan.		
		2. Penyusunan Jadwal dan Rencana Penerapan SOP dan pemasangan label	1. Terdokumentasi nya proses penerapan SOP untuk keperluan audit dan akreditasi. 2. Tersedianya label/peringatan risiko tinggi yang terpasang sesuai SOP.	1. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, dan berintegritas tinggi) Penulis telah memastikan setiap langkah pemasangan label sesuai SOP dan dapat dipertanggung jawabkan.		



				2. Harmonis (membangun lingkungan kerja yang kondusif) Penulis telah menjaga hubungan kerja yang baik saat berkoordinasi dengan tim atau petugas lainnya 3. Kolaboratif (memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis telah membangun kerja sama yang efektif dengan berbagai pihak terkait sehingga penerapan SOP dapat berjalan lancar dan tujuan keselamatan pasien dapat tercapai dengan baik		
		3. Pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP dan pemasangan label	1. Dokumentasi foto sebelum dan setelah kegiatan	1. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, dan berintegritas tinggi) Penulis telah menyimpan dan melaporkan seluruh		



				dokumentasi secara rapi, lengkap, dan sesuai ketentuan. 2. Harmonis (membangun lingkungan kerja yang kondusif): Penulis menjaga komunikasi yang baik dengan tim SKP dan petugas terkait saat proses dokumentasi, sehingga tercipta kerja sama yang saling menghargai dan mendukung kelancaran kegiatan. 3. Kolaboratif (memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis telah melibatkan tim SKP dan unit terkait dalam mengumpulkan data dan melakukan verifikasi dokumentasi		
4.	Melakukan Uji Coba	1. Menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda, posisi tanda	1. Instrumen penilaian (form)	1. Berorientasi Pelayanan (memahami dan memenuhi kebutu	Kegiatan melakukan uji coba sesuai	Kegiatan melakukan uji



		strategis, dipahami oleh pengunjung/ petugas.		han masyarakat), (ramah, cekatan, solutif, dapat diandalkan): Penulis telah mengutamakan keselamatan petugas dan pengunjung dengan Memastikan tanda Peringatan efektif. Penulis juga telah meminta izin untuk konsultasi kepada mentor apakah ada waktu dan sedang tidak sibuk agar penulis tidak mengganggu. 2. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, Bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi) Penulis telah menyusun indikator berdasarkan standar keselamatan dan melaporkannya	dengan Misi RSUD Bukit Kerman poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan misi poin c yaitu menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang independen, akuntabel, disiplin dan profesionalisme	coba nilai Ber-AKHLAK di RSUD Bukit Kerman dengan membentuk budaya kerja yang akuntabel, dan kolaboratif
--	--	---	--	---	---	---



				secara transparan kepada pihak terkait 3. Harmonis (membangun lingkungan kerja yang kondusif) Penulis telah mendiskusikan rancangan Indikator bersama tim dan menghargai masukan mereka 4. Kolaboratif (memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis telah kolaborasi dengan melibatkan tim SKP, petugas, dan pihak terkait lainnya agar indikator yang disusun dapat diterapkan secara efektif.		
		2. Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut	1. Rekapitulasi hasil kuisisioner	1. Berorientasi Pelayanan (memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat)		



				Penulis telah membagikan kuesioner yang bertujuan untuk mengukur pemahaman dan kebutuhan pengunjung maupun petugas terkait keterbacaan tanda dan keselamatan pasien 2. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi) Penulis telah mendistribusikan kuesioner kepada responden yang tepat dan mengumpulkan hasilnya secara lengkap serta menjaga kerahasiaan data responden. 3. Kompeten (melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik)		
--	--	--	--	---	--	--



				Penulis telah melakukan rekapitulasi hasil dengan cermat. 4. Harmonis (menghargai setiap orang apapun latar belakangnya) Penulis telah menghargai setiap respon yang diberikan oleh pengunjung dan petugas tanpa membedakan. 5. Loyal (menjaga nama baik sesama asn, pimpinan instansi, dan negara) Penulis telah melaksanakan kegiatan sesuai arahan dan prosedur rumah sakit 6. Adaptif (cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan) Penulis telah menyesuaikan metode pembagian kuesioner fisik sesuai kondisi lapangan		
--	--	--	--	--	--	--



				7. Kolaboratif (memberikan kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis telah melibatkan tim SKP dan petugas terkait dalam pendistribusian serta pengumpulan kuesioner untuk memastikan data yang diperoleh akurat dan representatif.		
5	Evaluasi dari Kegiatan	1. Menilai apakah area risiko sudah tertandai dengan baik dan SOP sudah dipahami serta dijalankan	1. Laporan hasil evaluasi penerapan SOP dan label area risiko	1. Berorientasi Pelayanan (melakukan perbaikan tiada henti): Penulis telah memastikan hasil evaluasi kegiatan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. 2. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, Bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi)	Kegiatan evaluasi sesuai dengan Misi RSUD Bukit Kerman poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan memastikan keselamatan pasien	Kegiatan evaluasi menguatkan nilai Ber-AKHLAK di RSUD Bukit Kerman dengan membentuk budaya kerja yang akuntabel, dan kolaboratif



				Penulis telah mendokumentasikan hasil evaluasi secara transparan dan dapat dipertanggungjawabkan. 3. Kompeten (melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik) Penulis telah menganalisis data dan memberikan rekomendasi perbaikan yang tepat		
		2. Melaksanakan rapat dengan tim skp	1. Laporan hasil rapat	1. Harmonis (membangun lingkungan kerja yang kondusif) Penulis telah melibatkan seluruh pihak terkait melalui diskusi dan kerja sama yang baik. 2. Adaptif (cepat menyesuaikan diri menghadapi perbaikan) Penulis telah terbuka dengan rekomendasi		



				perbaikan berdasarkan masukan dan kondisi lapangan. 3. Kolaboratif (memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi) Penulis telah mengajak berbagai unit dan pihak untuk merumuskan solusi bersama demi keberlanjutan program.		
		3. Membuat Laporan Evaluasi Kegiatan	1. laporan aktualisasi	1. Berorientasi Pelayanan (ramah, cekatan, solutif, dapat diandalkan): Penulis telah meminta izin untuk konsultasi kepada mentor apakah ada waktu dan sedang tidak sibuk agar penulis tidak mengganggu. 2. Akuntabel (melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi)		



				Penulis telah menyusun laporan aktualisasi dengan memperhatikan prinsip akuntabilitas, yaitu menyajikan data dan informasi kegiatan secara jelas, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan 3. Kompeten (melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik) Penulis telah memanfaatkan pengetahuan yang diperoleh selama pelatihan untuk merancang laporan yang sistematis, sesuai dengan pedoman Latsar, serta bermanfaat sebagai evaluasi dan perbaikan kinerja ke depan		
--	--	--	--	--	--	--

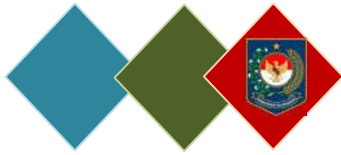
Tabel 4.2 Matriks Pelaksanaan Aktualisasi



C. Matrik Rekapitulasi Realisasi Habituasi NND PNS (BerAKHLAK)

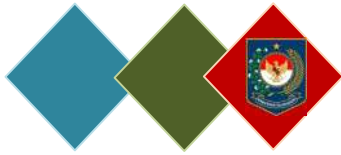
No	Mata Pelatihan	Kegiatan										Jumlah Aktualisasi	
		Ke-1		Ke-2		Ke-3		Ke-4		Ke-5		PerMP	
		Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi	Rencana	Realisasi
1	Berorientasi Pelayanan	2	2	0	1	0	1	2	2	1	2	5	8
2	Akuntabel	1	1	1	1	3	3	2	2	2	2	9	9
3	Kompeten	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	7	7
4	Harmonis	1	1	1	2	1	3	2	2	1	1	6	9
5	Loyal	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	3	4
6	Adaptif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5
7	Kolaboratif	1	1	1	2	2	3	2	2	1	1	7	9
	Jumlah MP yang diaktualisasikan per Kegiatan	8	8	6	9	9	13	11	11	8	10	42	51

Tabel 4.3 Matrik Rekapitulasi Realisasi Habituasi



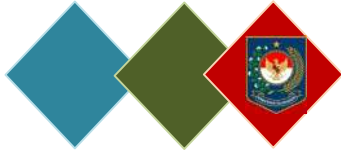
D. Capaian Penyelesaian Core Isu

KONDISI ISU CORE	
SEBELUM AKTUALISASI	SETELAH AKTUALISASI
Berdasarkan data dan fakta, penandaan area risiko tinggi di rumah sakit khususnya di ruang instalasi gawat darurat dan instalasi rawat jalan belum maksimal. Hal tersebut terverifikasi melalui hasil pengamatan di dua ruangan tersebut yang mana ada yang belum terpasang dan ada juga yang terpasang namun tulisannya sudah pudar. Keadaan ini menyebabkan fungsi tanda sebagai media komunikasi risiko tidak berjalan dengan baik, sehingga pesan keselamatan yang seharusnya disampaikan kepada pasien, pengunjung, maupun tenaga kesehatan tidak tersampaikan secara efektif. Kondisi tersebut berpotensi meningkatkan risiko terjadinya insiden keselamatan dan mencerminkan bahwa aspek pengendalian risiko di instalasi gawat darurat dan instalasi rawat jalan belum sepenuhnya terimplementasi dengan baik. Idealnya, area berisiko tinggi di rumah sakit dilengkapi dengan penandaan yang jelas dan mudah dikenali oleh siapa pun, baik pasien, pengunjung, maupun pegawai. Penandaan tersebut dapat berupa tulisan, simbol, atau garis pembatas yang dipasang pada titik-titik strategis untuk meningkatkan kewaspadaan	Setelah pelaksanaan aktualisasi, kondisi penandaan area risiko tinggi di ruang instalasi gawat darurat dan instalasi rawat jalan telah mengalami pembenahan yang lebih terarah. Area yang sebelumnya belum memiliki tanda peringatan kini sudah dilengkapi dengan penanda baru, sedangkan tanda yang sebelumnya sudah terpasang namun dalam kondisi pudar atau sulit terbaca telah diganti dengan yang lebih jelas, sesuai standar yang berlaku menggunakan warna kontras, ukuran yang tepat, serta ditempatkan pada posisi yang mudah dilihat. Berdasarkan hasil kuisioner melalui digital form didapatkan hasil sebanyak 92 responden menyatakan penandaan area risiko tinggi tersebut sangat jelas sebanyak 53 orang dengan persentase (58%), dan 39 orang dengan persentase (42%) menyatakan cukup jelas. 37% menyatakan membantu untuk tingkat kewaspadaan dan 63% menyatakan sangat membantu untuk tingkat kewaspadaan area risiko tinggi



daan terhadap potensi bahaya. Di beberapa rumah sakit yang sudah menerapkan sistem keselamatan dengan baik, tanda peringatan biasanya dibuat dengan standar warna tertentu, ukuran huruf yang proporsional, serta dilakukan evaluasi secara rutin untuk memastikan keterbacaannya.	Kewaspadaan <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sangat Membantu</td> <td>63%</td> </tr> <tr> <td>Membantu</td> <td>37%</td> </tr> <tr> <td>Kurang Membantu</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Tidak Membantu</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> Mudah dibaca <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sangat Jelas</td> <td>58%</td> </tr> <tr> <td>Cukup Jelas</td> <td>42%</td> </tr> <tr> <td>Kurang Jelas</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Tidak Jelas</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> Dengan adanya pembenahan ini, fungsi tanda sebagai sarana komunikasi risiko dapat berjalan lebih efektif, sehingga membantu meningkatkan kewaspadaan pasien, pengunjung, maupun tenaga kesehatan. Perubahan tersebut turut mendukung upaya peningkatan mutu pelayanan dan memperkuat budaya keselamatan di lingkungan instalasi gawat darurat dan instalasi rawat jalan.	Kategori	Persentase	Sangat Membantu	63%	Membantu	37%	Kurang Membantu	0%	Tidak Membantu	0%	Kategori	Persentase	Sangat Jelas	58%	Cukup Jelas	42%	Kurang Jelas	0%	Tidak Jelas	0%
Kategori	Persentase																				
Sangat Membantu	63%																				
Membantu	37%																				
Kurang Membantu	0%																				
Tidak Membantu	0%																				
Kategori	Persentase																				
Sangat Jelas	58%																				
Cukup Jelas	42%																				
Kurang Jelas	0%																				
Tidak Jelas	0%																				

Tabel 4.4 Kondisi Core Isu



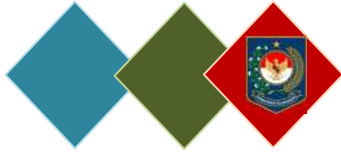
E. Manfaat terselesaikannya Core Isu

1. Individu Penulis

Manfaat terselesaikannya core isu bagi Penulis adalah pengalaman nyata dalam menerapkan nilai dasar ASN BerAKHLAK, terutama akuntabel, berorientasi pelayanan, dan kompeten. Penulis berperan aktif dalam merumuskan regulasi teknis serta memastikan implementasi berjalan sesuai standar keselamatan. Hal ini sejalan dengan peran penulis sebagai salah satu anggota Tim Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), di mana keterlibatan langsung dalam kegiatan ini memperkuat kontribusi penulis terhadap pencapaian indikator SKP, khususnya dalam hal peningkatan identifikasi risiko dan pencegahan insiden. Dengan pengalaman ini, penulis semakin terlatih untuk bekerja secara sistematis, teliti, dan berorientasi pada mutu layanan yang mengutamakan keselamatan pasien, sekaligus mempertegas kompetensi penulis sebagai ASN yang profesional dan akuntabel.

2. Instansi

Manfaat terselesaikannya core isu bagi instansi adalah terlaksananya kegiatan ini membawa manfaat dalam bentuk tersedianya SOP yang jelas dan terstandar mengenai penandaan area risiko tinggi, sekaligus adanya implementasi nyata berupa pemasangan tanda peringatan yang layak dan mudah dipahami. Hal ini membantu rumah sakit dalam memperkuat sistem manajemen risiko, meningkatkan kesadaran keselamatan bagi pasien, pengunjung, maupun tenaga kesehatan, serta mengurangi potensi terjadinya insiden. Selain itu, kegiatan ini juga mendukung pencapaian visi dan misi rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

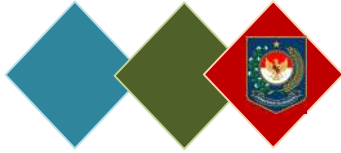


F. Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi

Rencana tindak lanjut setelah kegiatan aktualisasi dilaksanakan, yaitu:

Tabel 4.5 Rencana Tindak Lanjut Hasil Aktualisasi

No.	Kegiatan	Output	Durasi dan Waktu	Para Pihak Terlibat	Sumber Biaya	Ket
1	Melanjutkan penandaan label area risiko tinggi	Label Risiko	Setiap hari kerja	1. Tim MFK 2. Tim SKP	Instansi	
2	Sosialisasi SOP penandaan area risiko tinggi	Dokumentasi Kegiatan	1 hari	1. Tim MFK 2. Tim SKP		



BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Berdasarkan kegiatan aktualisasi yang Penulis lakukan di wilayah kerja ruang instalasi gawat darurat dan instalasi rawat jalan di RSUD Bukit Kerman Kab.Kerinci , maka dapat disimpulkan bahwa kegiatan yang direncanakan telah berhasil dilaksanakan dengan waktu yang telah ditentukan. Akan tetapi, ada hal yang Penulis hadapi dalam melaksanakan kegiatan aktualisasi yaitu kegiatan evaluasi kuisisioner dilakukan dengan menambah hari dikarenakan agar rekapitulasi lebih efektif. Penulis juga menambahkan kegiatan konsultasi dengan mentor di setiap kegiatan yang sebelumnya hanya ada pada kegiatan pertama, sehingga menambah nilai dasar ASN Berakhlak. Penulis melakukan pencetakan penandaan area risiko yang semula laminasi kertas A4 menjadi cetak label menggunakan stiker ukuran A4 yang sebelumnya tidak ada pada proposal perencanaan aktualisasi. Penulis telah menyelesaikan laporan tepat waktu dan telah merekap hasil evaluasi kuisisioner penandaan area risiko tinggi di RSUD Bukit Kerman. Rekapitulasi kuisisioner tersebut menjadi tolok ukur penulis untuk mengetahui optimalisasi penerapan SOP dan penandaan label area risiko tinggi di RSUD Bukit Kerman.

1. Aktualisasi/Habitulasi Mata Pelatihan

- a. Kegiatan ke-1: Merancang dan pembuatan SOP (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif).

Nilai yang paling banyak Penulis implementasikan adalah Berorientasi Pelayanan.

- b. Kegiatan ke-2: Merancang dan pembuatan label area berisiko tinggi. (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif).

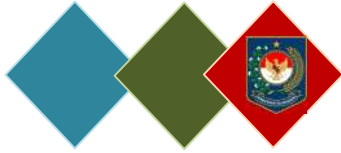
Nilai yang paling banyak Penulis implementasikan adalah Kompeten.

- c. Kegiatan ke-3: Penerapan SOP dan Pemasangan Label. (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif).

Nilai yang paling banyak Penulis implementasikan adalah Akuntabel, Harmonis dan Kolaboratif.

- d. Kegiatan ke-4 : Melakukan Uji Coba (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif).

Nilai yang paling banyak Penulis implementasikan adalah Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Harmonis, dan Kolaboratif.



e. Kegiatan ke-5 : Evaluasi dari Kegiatan (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif).

Nilai yang paling banyak Penulis implementasikan adalah Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten.

2. Gagasan Kreatif Penyelesaian Core Isu

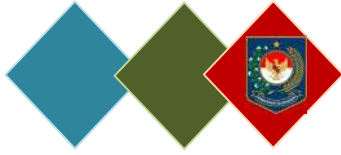
Gagasan penyelesaian isu adalah dengan membuat pembuatan SOP dan pemasangan tanda area berisiko tinggi di RSUD Bukit Kerman Kab.Kerinci.

3. Capaian Hasil Penyelesaian Isu

Setelah dilakukan kegiatan aktualisasi di RSUD Bukit Kerman khususnya di ruang instalasi gawat darurat dan instalasi rawat jalan. didapatkan bahwa 5 kegiatan dan masing-masing tahapan kegiatan telah dilaksanakan dengan optimal dan sebaik mungkin. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil rekapitulasi kuisisioner evaluasi yang menunjukkan adanya keterbacaan penanda area risiko tinggi dan kewaspadaan terhadap risiko yang ada di RSUD Bukit Kerman.

B. Rekomendasi

Berdasarkan hasil kegiatan aktualisasi, diperlukan keberlanjutan kerjasama dengan tim SKP, MFK dan Penunjang Non Medis dalam menjalankan SOP area risiko tinggi serta pemasangan penandaan area risiko tinggi di lingkungan RSUD Bukit Kerman. Instansi juga diharapkan senantiasa mendukung kegiatan ini dengan menyediakan sarana dan prasarana yang memadai.



DAFTAR PUSTAKA

<https://id.pngtree.com/freepng.html> diakses pada tanggal 20 Agustus 2025 pukul 15.00 wib

<https://id.scribd.com/document/492516621/SOP-Intervensi-Pencegahan-Resiko-Jatuh> diakses pada tanggal 27 Agustus 2025 pukul 11.07 wib

<https://www.eclinic.id/fungsi-dan-jenis-gelang-identitas-pasien/> diakses pada tanggal 20 Agustus 2025 pukul 16.30 wib

<https://www.suppliervinyllantai.com/handrail-dinding-rumah-sakit/> diakses pada tanggal 20 Agustus 2025 pukul 17.00 wib

<https://unair.ac.id/media-audio-visual-promosi-kesehatan-di-ruang-tunggu-puskesmas/> diakses pada tanggal 20 Agustus 2025 pukul 17.10 wib

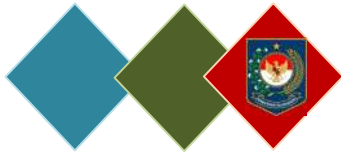
<https://www.indimanado.com/2022/08/instalasi-promkes-dan-kesehatan-rsup-kandou-gelar-edukasi-tentan--mnstala-asi-bagi-bayi.html> diakses pada tanggal 20 Agustus 2025 pukul 17.15 wib

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2024. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Permenkes.2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

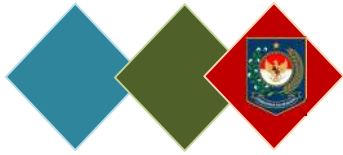
Permenkes 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Permenkes.2020. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia



Republik Indonesia. 2023. *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta : Presiden Republik Indonesia.

Republik Indonesia. 2023. *Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta : Presiden Republik Indonesia.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lampiran Laporan Mingguan ke-1

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 1	Merancang dan pembuatan SOP
Tanggal Kegiatan	01-06 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/ <i>Evidence</i>	1. Melakukan konseling serta berkoordinasi dengan mentor dan ketua pokja akreditasi bidang sasaran keselamatan pasien (SKP). 2. Mencari referensi atau landasan regulasi terkait dengan penandaan area berisiko tinggi. 3. Menyusun draft SOP (tujuan, ruang lingkup, definisi, prosedur, tanggung jawab)
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Nilai Dasar BerAKHLAK yang Melandasi	Tahapan Kegiatan 1 : Melakukan konseling serta berkoordinasi dengan mentor dan ketua pokja akreditasi bidang sasaran keselamatan pasien (SKP). 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika penulis melakukan konseling dan koordinasi dengan mentor serta ketua pokja SKP, saya bersikap ramah dan komunikatif agar terjalin hubungan kerja sama yang baik. Meskipun jadwal pertemuan menyesuaikan kesibukan mereka, Penulis tetap cekatan menyesuaikan waktu dan solutif dalam mengatur ulang jadwal sehingga kegiatan dapat terlaksana. Hal ini menunjukkan sikap dapat diandalkan karena tetap berusaha memenuhi kebutuhan informasi dan arahan yang diperlukan untuk penyusunan SOP keselamatan pasien. 2. Loyal : Ketika melakukan konseling dan koordinasi, penulis menerima arahan mentor dan ketua tim SKP dalam penyusunan SOP, serta berkomitmen menjaga nama baik instansi dengan memastikan keberlangsungan implementasi nya. Tahapan Kegiatan 2 : Mencari referensi atau landasan regulasi terkait dengan penandaan area berisiko tinggi. 1. Kompeten : Ketika mencari referensi atau landasan melalui internet, Penulis mendapatkan sumber referensi yaitu dari Undang-undang Republik Indonesia tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan tentang kesehatan dan keselamatan kerja, standar internasional (iso), standar nasional (sni) dan standar amerika (anzi), keputusan menteri kesehatan tentang standar akreditasi rumah sakit serta tata naskah rumah sakit. Dengan memperdalam pemahaman dari berbagai sumber resmi ini, penulis dapat menyiapkan

	landasan pengetahuan yang kuat untuk tahap berikutnya dalam penyusunan SOP. Tahapan Kegiatan 3 : Menyusun draft SOP (tujuan, ruang lingkup, definisi, prosedur, tanggung jawab). 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika menyusun SOP, Penulis memastikan setiap langkah yang dirancang benar-benar mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Hal ini dilakukan agar pelayanan kesehatan menjadi lebih aman, nyaman, dan memberikan rasa percaya bagi pasien serta keluarganya. Dengan demikian, penyusunan SOP tidak hanya berfokus pada pemenuhan regulasi, tetapi juga pada pemenuhan kebutuhan pasien secara menyeluruh sebagai bentuk pelayanan prima. 2. Akuntabel : Ketika menyusun SOP, Penulis memastikan seluruh isi dokumen dapat dipertanggungjawabkan secara prosedural dan sesuai dengan regulasi yang berlaku. Setiap penyusunan SOP penandaan area risiko dirancang agar jelas, transparan, dan terdokumentasi dengan baik. Selain itu, Penulis juga berkomitmen untuk menggunakan alat serta teknologi yang tersedia di instansi secara efektif, sehingga penerapan SOP tidak hanya sah secara administrasi, tetapi juga efisien dalam pelaksanaannya. 3. Harmonis: Ketika merumuskan SOP, Penulis melibatkan tim akreditasi sasaran keselamatan pasien agar setiap keputusan yang diambil sejalan dengan kebutuhan bersama. Keterlibatan tim ini diharapkan dapat membangun keselarasan, memperkuat komunikasi, dan menciptakan kerja sama yang baik antarunit, sehingga suasana kerja menjadi lebih kondusif dan hasil SOP yang dihasilkan dapat diterima serta dijalankan dengan penuh tanggung jawab. 4. Adaptif : Ketika terjadi perubahan pedoman tata naskah di RSUD dari penulisan SOP menjadi SPO, Penulis segera menyesuaikan rancangan dokumen agar sesuai dengan format dan ketentuan terbaru. Penyesuaian ini juga disertai dengan memperhatikan pedoman keselamatan terkini, serta kebutuhan nyata di lapangan, sehingga prosedur yang dihasilkan tetap relevan, mudah diterapkan, dan mendukung peningkatan mutu pelayanan. 5. Kolaboratif : Ketika menyusun SOP, Penulis menjalin kerja sama dengan tim lintas bidang, termasuk tim penunjang non medis, untuk memastikan setiap prosedur yang dirancang dapat dilaksanakan dengan baik di lapangan. Melalui keterlibatan berbagai pihak dan penerimaan terhadap
--	---

	masukan yang beragam, penyusunan SOP menjadi lebih komprehensif dan implementasinya lebih berhasil, karena setiap unit merasa memiliki peran dan tanggung jawab bersama.
Teknik Aktualisasi yang Dipergunakan dan Bukti Fisik Kegiatan/Evidence	1. Melakukan konseling serta berkoordinasi dengan mentor dan ketua pokja akreditasi bidang sasaran keselamatan pasien (SKP). Gambar 1. Penulis Menemui Ketua Pokja SKP Gambar 2. Penulis Menemui Mentor

2. Mencari referensi atau landasan regulasi terkait dengan penandaan area berisiko tinggi.



Gambar 3. Penulis Mencari Referensi

3. Menyusun draft SOP (tujuan, ruang lingkup, definisi, prosedur, tanggung jawab).



Gambar 4. Penulis menyusun SOP bersama tim SKP

Deskripsi Proses
dan Kualitas Produk
Kegiatan

Tahapan Kegiatan 1 : Melakukan konseling serta berkoordinasi dengan mentor dan ketua pokja akreditasi bidang sasaran keselamatan pasien (SKP).

	Pada tanggal 01 September 2025, Penulis menemui ketua pokja skp yaitu kak Dewi Safitri, S.Tr.Keb di ruang IGD. Penulis konseling serta koordinasi mengenai aktualisasi dan persiapan untuk pembuatan sop, disaat itu ketua pokja menjelaskan bahwa di RSUD telah memiliki tata naskah terbaru dan penulis disarankan untuk membacanya, selanjutnya ketua pokja menjelaskan tentang awal pertemuan tim surveyor akreditasi rumah sakit tentang hal apa saja yang dibutuhkan untuk pemenuhan akreditasi khususnya sasaran keselamatan pasien (skp). Selanjutnya tanggal 03 September 2025, Penulis menemui mentor yaitu Ibu Sandra Cassia Amanda, S.Kep, Ners, M.Kep sekaligus sebagai kepala seksi penunjang non medis di RSUD Bukit Kerman, dikarenakan dihari sebelumnya mentor sedang ada kegiatan kerja sama dengan instansi atau lembaga lain untuk menunjang akreditasi rumah sakit. Saat konseling, mentor menjelaskan bahwa kegiatan penerapan penandaan area risiko ini harus melibatkan tim penunjang non medis, serta untuk berkas prosedurnya setelah ditandatangani direktur akan diarsipkan lagi satu rangkap untuk dipegang oleh tim penunjang non medis. Untuk regulasi dan kebijakan penandaan tersebut bersumber dari standar internasional. Penulis juga disarankan oleh mentor untuk mempelajari standar tersebut. Kualitas Produk : Tersedianya dokumentasi kegiatan menemui mentor dan ketua pokja, serta catatan hasil dari konseling tersebut Tahapan Kegiatan 2 : Mencari referensi atau landasan regulasi terkait dengan penandaan area berisiko tinggi. Pada tanggal 01 September 2025 setelah konsultasi dengan ketua pokja, penulis mencari referensi dan membacanya. Referensi yang penulis dapat yaitu undang-undang tentang kesehatan, peraturan menteri kesehatan tentang keselamatan dan kesehatan kerja (K3RS), keputusan menteri kesehatan tentang akreditasi rumah sakit, standar nasional (sni) dan tata naskah terbaru rumah sakit. Pada saat membaca tata naskah, penulis mendapatkan informasi terbaru bahwa untuk penulisan sop sekarang beralih menjadi spo, meskipun ada perubahan nama tetapi tidak berubah dari segi maknanya. dan di sana ada ketentuan baik huruf maupun tahap penulisan. dilanjutkan mencari referensi sampai setelah konsultasi dengan mentor pada
--	---

	tanggal 03 September 2025, yaitu referensi tambahan dari standar internasional (iso) dan standar amerika (ansi) yang mana menjelaskan tentang setiap rambu atau penandaan memiliki perbedaan warna dan bentuk yang fungsinya berbeda pula. Kualitas Produk : Tersedianya referensi dan regulasi untuk persiapan penyusunan prosedur atau sop, serta bertambah pengetahuan penulis Tahap Kegiatan 3 : Menyusun draft SOP (tujuan, ruang lingkup, definisi, prosedur, tanggung jawab). Pada tanggal 03 September 2025, Penulis bersama tim SKP menyusun sop yang penulis revisi menjadi spo karena mengikuti tata naskah rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan di ruang IGD dan ada beberapa anggota dari bidang akreditasi lain yang hadir di sana, saat itu berdiskusi tentang hal yang penting dalam penyusunan prosedur tersebut dan ruangan mana saja yang membutuhkan itu. Penulis dan tim sepakat setelah menyelesaikan pembuatan prosedur ini akan dilanjutkan dengan pembuatan penandaan label yang dilakukan bersama dengan bidang lain yaitu tim penunjang non medis dan tim MFK. Setelah pembuata draft sop atau spo dilanjutkan dengan paraf kepala sub bagian tata usaha dan direktur rumah sakit. Kualitas Produk : Tersedianya draft sop penandaan area berisiko tinggi dan dilanjutkan dengan tandatangan oleh direktur rumah sakit.
Manfaat Kegiatan Terhadap Pencapaian Visi, Misi, dan Tugas Organisasi	Kegiatan Merancang dan pembuatan SOP sesuai dengan Misi RSUD Bukit Kerman poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan misi poin c yaitu menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang independen, akuntabel, disiplin dan profesionalisme.
Analisis Dampak	Tahapan Kegiatan 1 : Melakukan konseling serta berkoordinasi dengan mentor dan ketua pokja akreditasi bidang sasaran keselamatan pasien (SKP). 1. Berorientasi Pelayanan : Apabila penulis tidak meminta izin kepada mentor maupun ketua SKP sebelum berdiskusi, maka tindakan tersebut menunjukkan kurangnya penerapan nilai Berorientasi Pelayanan. Hal ini dapat menimbulkan kesan tidak menghargai, mengganggu kenyamanan kerja, serta mengurangi kualitas koordinasi. Dampaknya, proses

	pembimbingan dan penyusunan kegiatan berisiko terhambat sehingga tujuan pelayanan yang prima tidak tercapai secara optimal. 2. Loyal : Apabila penulis tidak mendukung kebijakan rumah sakit dengan menerima arahan mentor dan ketua tim SKP, maka penyusunan SOP berpotensi tidak selaras dengan visi, misi, serta aturan yang berlaku di rumah sakit. Hal ini dapat menimbulkan ketidakkonsistenan dalam implementasi, menurunkan kepercayaan terhadap komitmen ASN, serta melemahkan upaya menjaga keberlangsungan kebijakan organisasi. Dampaknya, pelayanan rumah sakit kepada masyarakat tidak berjalan sesuai standar yang diharapkan. Tahapan Kegiatan 2 : Mencari referensi atau landasan regulasi terkait dengan penandaan area berisiko tinggi. 1. Kompeten : Apabila penulis tidak memperdalam pemahaman tentang standar keselamatan pasien dan regulasi terkait serta tidak menerapkannya ke dalam SOP, maka kompetensi diri tidak berkembang dan SOP berisiko tidak sesuai standar. Hal ini dapat menurunkan mutu layanan serta menghambat upaya rumah sakit dalam menjamin keselamatan pasien dan peningkatan kualitas pelayanan. Jika penulis tidak mempelajari tata naskah rumah sakit, maka penyusunan tidak sesuai dengan regulasi rumah sakit dan tidak mengetahui adanya perubahan dari penulisan SOP menjadi SPO. Tahapan Kegiatan 3 : Menyusun draft SOP (tujuan, ruang lingkup, definisi, prosedur, tanggung jawab). 1. Berorientasi Pelayanan : Apabila penulis tidak memastikan bahwa SOP yang disusun mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien, maka pelayanan berisiko tidak berjalan sesuai standar. Hal ini dapat mengakibatkan berkurangnya rasa aman dan nyaman pasien, menurunkan kualitas layanan, serta mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit. Dampaknya, tujuan utama pelayanan publik yang prima tidak tercapai secara optimal. 2. Akuntabel : Apabila penulis tidak menyusun SOP yang sesuai regulasi dan dapat dipertanggungjawabkan, maka penandaan area risiko menjadi tidak jelas dan sulit ditelusuri. Hal ini menurunkan kepercayaan terhadap kinerja, melemahkan akuntabilitas rumah sakit, serta mengurangi efektivitas penggunaan alat dan teknologi dalam mendukung mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
--	---

	3. Harmonis : Apabila penulis tidak melibatkan tim akreditasi sasaran keselamatan pasien dalam perumusan SOP, maka keselarasan dan kerja sama yang baik tidak akan tercapai. Hal ini dapat menimbulkan miskomunikasi, ketidaksinkronan antarunit, serta melemahkan semangat kebersamaan. Dampaknya, implementasi SOP berisiko tidak efektif dan tujuan peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit tidak berjalan optimal. 4. Adaptif : Apabila penulis tidak menyesuaikan SOP dengan perubahan tata naskah rumah sakit, pedoman keselamatan terbaru, dan kebutuhan lapangan, maka prosedur berisiko menjadi tidak relevan. Hal ini dapat menurunkan efektivitas kerja, menghambat penerapan standar keselamatan, serta mengurangi kemampuan rumah sakit dalam merespons dinamika pelayanan. Dampaknya, mutu dan keselamatan pasien tidak terjamin secara optimal. 5. Kolaboratif : Apabila penulis tidak bekerja sama dengan tim lintas bidang dan tidak menerima masukan, maka penyusunan SOP berisiko kurang komprehensif dan sulit diimplementasikan secara efektif. Hal ini dapat menimbulkan kesenjangan koordinasi, menurunkan rasa kebersamaan, serta menghambat keberhasilan implementasi SOP. Dampaknya, mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit tidak tercapai secara optimal.
--	--

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		: Zahratirizka, S.Ftr.,Ftr		
Satuan Kerja		: RSUD Bukit Kerman		
Tempat Aktualisasi		: RSUD Bukit Kerman (IGD dan Instalasi Rawat Jalan)		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/output	Paraf Mentor
1	Rabu, 3 September 2025/ 12.01 wib	1. Kegiatan pelabelan nanti harus berkolaborasi dengan tim penunjang non medis, dan spo yang telah dibuat discan ulang untuk rekapan di ruang penunjang non medis. 2. Sumber regulasi pelabelan rambu area resiko tinggi lihat dari iso	Tercatatnya hasil konsultasi untuk bahan lanjutan pembuatan spo	4

		dan standar internasional lainnya 3. Lihat cara pembuatan sop atau spo di tata naskah rumah sakit		
--	--	--	--	--

Lampiran 2. Lampiran Laporan Mingguan ke-2

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 2	Merancang dan pembuatan label area berisiko tinggi
Tanggal Kegiatan	08-13 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/ <i>Evidence</i>	1. Mengidentifikasi dan menentukan area risiko tinggi serta jenis risiko, (jatuh, zat, infeksi, kimia, arus listrik) dengan melibatkan tim skp. 2. Mendesain bentuk, warna dan tulisan menggunakan aplikasi digital inkscape selanjutnya mencetak label.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Nilai Dasar BerAKHLAK yang Melandasi	Tahapan Kegiatan 1 : Mengidentifikasi dan menentukan area risiko tinggi serta jenis risiko, (jatuh, zat, infeksi, kimia, arus listrik) dengan melibatkan tim skp. 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika penulis melaksanakan kegiatan identifikasi dan penentuan area risiko tinggi serta jenis risiko seperti jatuh, zat berbahaya, infeksi, kimia, maupun arus listrik, penulis terlebih dahulu meminta izin kepada mentor pada waktu yang tepat agar tidak mengganggu. Hal ini dilakukan karena penulis membutuhkan masukan dari mentor mengenai bagaimana cara yang tepat dalam menentukan area risiko tinggi, sehingga proses identifikasi dapat dilaksanakan bersama tim SKP secara lebih terarah dan sesuai standar. 2. Harmonis : Ketika penulis melaksanakan kegiatan identifikasi area risiko tinggi di rumah sakit, penulis berupaya membangun komunikasi yang ramah dan saling menghargai dengan para pegawai di setiap unit yang dikunjungi. Penulis mendengarkan penjelasan mereka dengan penuh perhatian serta menanggapi dengan sikap terbuka, sehingga tercipta suasana kerja yang kondusif dan penuh rasa saling pengertian. Hal ini turut mendukung kelancaran proses identifikasi yang dilakukan. 3. Kompeten : Ketika penulis melaksanakan kegiatan identifikasi area risiko tinggi di rumah sakit, penulis menggunakan pengetahuan dan prosedur yang tepat untuk menilai potensi risiko di setiap area. Penulis melakukan identifikasi secara sistematis dengan membuat daftar area

	berisiko tinggi, menyusun peta area rawan risiko, serta mencatat jenis-jenis risiko yang ada pada setiap lokasi untuk memastikan hasil penilaian yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. 4. Kolaboratif : Ketika penulis bekerja sama dengan tim SKP dan unit terkait yaitu MFK (manajemen fasilitas dan keselamatan) dalam menentukan area risiko tinggi, setiap anggota diberikan kesempatan untuk menyampaikan pandangan sesuai bidangnya. Kolaborasi ini membuat keputusan menjadi lebih tepat dan menumbuhkan rasa tanggung jawab bersama terhadap keselamatan di lingkungan rumah sakit. Tahapan Kegiatan 2 : Mendesain bentuk, warna dan tulisan menggunakan aplikasi digital inkscape selanjutnya mencetak label. 1. Akuntabel : Ketika penulis melaksanakan kegiatan mendesain bentuk, warna, dan tulisan label dengan aplikasi Inkscape, penulis memastikan seluruh proses berjalan sesuai aturan dan standar keselamatan yang berlaku. Penulis menggunakan fasilitas kantor secara efektif dan bertanggung jawab, seperti memanfaatkan jaringan internet rumah sakit untuk mengakses referensi desain serta mencetak hasil desain menggunakan printer kantor, sehingga setiap tahapan kegiatan dapat dipertanggungjawabkan. 2. Kompeten : Ketika penulis melaksanakan kegiatan pembuatan label, penulis menerapkan pengetahuan yang telah diperoleh dari hasil pencarian referensi pada kegiatan sebelumnya. Pengetahuan tersebut digunakan untuk menentukan bentuk, warna, dan tulisan yang tepat, sehingga label yang dihasilkan sesuai dengan kebutuhan dan standar yang berlaku. 3. Harmonis : Ketika penulis menjaga hubungan baik dengan rekan kerja dan menghargai setiap masukan desain dari tim, tercipta suasana kerja yang saling menghormati dan mendukung hasil terbaik dalam pembuatan label area berisiko tinggi. 4. Kolaboratif : Ketika penulis melaksanakan kegiatan pembuatan label, penulis menjalin kerja sama dengan tim SKP untuk memastikan setiap rancangan yang dibuat sesuai dengan kebutuhan dan standar keselamatan pasien. Dalam prosesnya, penulis berdiskusi dengan tim untuk menyesuaikan bentuk, warna, dan tulisan label agar mudah dipahami oleh seluruh pegawai di rumah sakit. Kolaborasi ini
--	--

	menciptakan pertukaran ide yang konstruktif dan saling melengkapi, sehingga desain yang dihasilkan tidak hanya menarik secara visual, tetapi juga efektif dalam mendukung tujuan peningkatan keselamatan pasien secara maksimal. 5. Adaptif : Ketika penulis mendesain bentuk, warna, dan tulisan label area risiko tinggi dengan aplikasi Inkscape, penulis bersikap adaptif dengan terbuka pada masukan yang diberikan. Masukan tersebut dijadikan bahan untuk menyempurnakan desain sehingga lebih kreatif, inovatif, dan sesuai kebutuhan. Hasil revisi kemudian diwujudkan dalam bentuk label cetak yang dapat langsung digunakan di lapangan.
Teknik Aktualisasi yang Dipergunakan dan Bukti Fisik Kegiatan/Evidence	1. Mengidentifikasi dan menentukan area risiko tinggi serta jenis risiko, (jatuh, zat, infeksi, kimia, arus listrik) dengan melibatkan tim skp.   Gambar 1. Penulis melakukan identifikasi area risiko tinggi di instalasi gawat darurat dan rawat jalan bersama ketua pokja skp  Gambar 2. Penulis mendengarkan pendapat dan masukan dari pegawai rumah sakit sekaligus selaku ketua tim manajemen fasilitas dan keselamatan



Gambar 3. Penulis sedang mendengarkan dan menerima masukan dari mentor

2. Mendesain bentuk, warna dan tulisan menggunakan aplikasi digital inkscape selanjutnya mencetak label.



Gambar 4. Penulis sedang mendesain bentuk label penandaan area risiko tinggi dan mencetak

Deskripsi Proses dan Kualitas Produk Kegiatan

Tahapan Kegiatan 1 : Mengidentifikasi dan menentukan area risiko tinggi serta jenis risiko, (jatuh, zat, infeksi, kimia, arus listrik) dengan melibatkan tim skp.

Pada tanggal 09 September 2025, Penulis melakukan konfirmasi kepada tim skp untuk observasi wilayah instalasi rawat jalan dan instalasi gawat darurat (IGD) terkait area risiko tinggi, namun saat itu penulis hanya bersama ketua pokja SKP (sasaran keselamatan pasien) dikarenakan anggota lain ada yang bertugas dikegiatan lain dan ada juga yang sedang cuti melahirkan. Ketika melakukan observasi, penulis dan ketua skp

	melakukan diskusi ringan dan menerima masukan dari pegawai rumah sakit terkait risiko apa saja yang perlu dipasang dan jenis risiko tersebut. Selanjutnya pada tanggal 12 September 2025, penulis melakukan diskusi dan menerima pendapat dari ketua akreditasi bidang manajemen fasilitas kesehatan terkait manajemen risiko tinggi di wilayah rumah sakit dan berencana akan melakukan pemasangan bersama pada saat kegiatan ke-3 penulis aktualisasi. Kualitas Produk : Tersedianya dokumentasi kegiatan observasi, list daftar area risiko tinggi, peta wilayah risiko tinggi dan jenis risiko tinggi. Tahapan Kegiatan 2 : Mendesain bentuk, warna dan tulisan menggunakan aplikasi digital inkscape selanjutnya mencetak label. Pada tanggal 11 September 2025, Penulis menemui mentor untuk meminta masukan terkait desain label tersebut. Ada perubahan desain yang diminta yaitu untuk cetak label menggunakan kertas stiker bukan kertas A4 agar praktis jika dibandingkan dengan menggunakan kertas A4 dan laminasi. Selanjutnya melakukan desain label awalnya menggunakan canva, tetapi dikarenakan aplikasi tersebut tidak mendukung untuk ukuran gambar, maka penulis menggunakan aplikasi lain yaitu inkscape. Mendesain label mengikuti aturan ISO 7010-2019, ISO 3864-1-2011, ISO 3864-2-2016, ISO 3864-2-2004, ANSI Z535.4-2002 dan SNI 03-6574-2001. Kegiatan mendesain dilakukan hingga pada tanggal 12 September 2025 bersama ketua pokja skp dan mencetaknya menggunakan printer di ruang manajemen rumah sakit pada tanggal 13 September 2025 dengan menggunakan kertas stiker ukuran A4 Kualitas Produk : terdapatnya hasil desain label penanda area risiko tinggi untuk igd dan instalasi rawat jalan
Manfaat Kegiatan Terhadap Pencapaian Visi, Misi, dan Tugas Organisasi	Kegiatan merancang dan pembuatan label area berisiko tinggi sesuai dengan misi RSUD Bukit Kerman pada poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan poin b yaitu menyediakan peralatan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung dan memadai

Analisis Dampak	Tahapan Kegiatan 1 : Mengidentifikasi dan menentukan area risiko tinggi serta jenis risiko, (jatuh, zat, infeksi, kimia, arus listrik) dengan melibatkan tim skp. 1. Berorientasi Pelayanan : Jika penulis tidak melaksanakan konsultasi dengan mentor dan ketua SKP pada saat melakukan identifikasi dan penentuan area risiko tinggi serta jenis risiko, maka proses yang dijalankan berpotensi tidak sesuai standar. Penulis bisa salah dalam menentukan area maupun jenis risiko yang harus diprioritaskan, sehingga hasil identifikasi kurang akurat. Hal ini dapat menyebabkan strategi pengendalian risiko menjadi tidak tepat sasaran, dan upaya keselamatan pasien maupun petugas tidak optimal. 2. Kompeten : Apabila penulis tidak menggunakan pengetahuan dan prosedur yang tepat dalam menilai potensi risiko di setiap area, maka hasil identifikasi dapat menjadi tidak akurat. Hal ini berdampak pada penetapan area risiko tinggi yang salah atau kurang tepat, sehingga langkah pencegahan tidak efektif dan potensi bahaya tetap tinggi. 3. Harmonis : Apabila penulis tidak menjaga hubungan kerja yang baik dan tidak menghargai pendapat tim SKP, maka komunikasi bisa terhambat. Hal ini berisiko menimbulkan salah paham dalam menentukan area dan jenis risiko, sehingga koordinasi kegiatan menjadi tidak lancar dan suasana kerja kurang kondusif. 4. Kolaboratif : Jika penulis tidak bekerja sama dengan tim SKP dan unit terkait dalam menentukan area risiko tinggi, maka hasil identifikasi berisiko kurang akurat dan tidak mencerminkan kondisi nyata di lapangan. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan dalam menetapkan area atau jenis risiko, sehingga strategi pengendalian menjadi tidak tepat sasaran. Tahapan Kegiatan 2 : Mendesain bentuk, warna dan tulisan menggunakan aplikasi digital inkscape selanjutnya mencetak label. 1. Akuntabel : Jika penulis tidak memastikan kegiatan sesuai aturan dan standar keselamatan, maka desain label berisiko tidak memenuhi ketentuan yang berlaku. Hal ini dapat menimbulkan ketidaksesuaian prosedur keselamatan kerja dan mengurangi kepercayaan instansi terhadap hasil kerja. 2. Kompeten : Jika penulis tidak menggunakan pengetahuan yang tepat dalam membuat label, maka hasil desain bisa kurang informatif atau sulit dipahami. Dampaknya, fungsi label
-----------------	---

	sebagai sarana peringatan dan informasi keselamatan tidak optimal. 3. Harmonis: Jika penulis tidak menjaga hubungan baik dan tidak menghargai masukan tim saat mendesain label, suasana kerja bisa menjadi kurang kondusif dan hasil desain kurang optimal. Sebaliknya, dengan saling menghormati dan bekerja dalam suasana harmonis, desain yang dihasilkan lebih baik dan diterima semua pihak. 4. Adaptif : Jika penulis tidak terbuka terhadap masukan dan inovasi, maka desain label menjadi monoton dan tidak berkembang. Hal ini mengurangi efektivitas komunikasi visual serta berisiko label kurang menarik perhatian pengguna sehingga pesan keselamatan tidak tersampaikan dengan baik 5. Kolaboratif : Jika penulis tidak bekerja sama dengan tim SKP, maka desain label mungkin tidak mencerminkan kebutuhan lapangan secara menyeluruh. Hal ini berpotensi menyebabkan tujuan peningkatan keselamatan pasien tidak tercapai secara maksimal.
--	---

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		: Zahratirizka, S.Ftr.,Ftr		
Satuan Kerja		: RSUD Bukit Kerman		
Tempat Aktualisasi		: RSUD Bukit Kerman (IGD dan Instalasi Rawat Jalan)		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/output	Paraf Mentor
1	Kamis, 11 September 2025	1) Komunikasikan dengan tim penunjang non medis serta tim manajemen fasilitas keselamatan (MFK) kapan akan Dilakukan pemasangan label. 2) Cetak label menggunakan kertas stiker saja, tidak perlu menggunakan kertas A4 dan laminasi	Tercatatnya hasil konsultasi dan melanjutkan pembuatan label	4

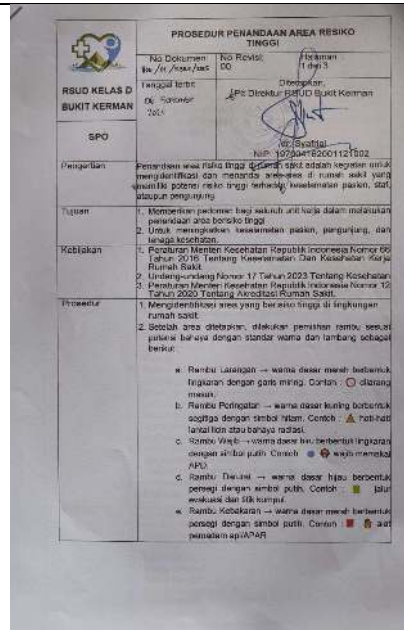
Lampiran 3. Lampiran Laporan Mingguan ke-3

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 3	Penerapan SOP dan pemasangan label
Tanggal Kegiatan	15-20 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/ <i>Evidence</i>	1. Mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan. 2. Penyusunan jadwal, rencana penerapan SOP dan pemasangan label. 3. Pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP dan pemasangan label
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Nilai Dasar BerAKHLAK yang Melandasi	Tahapan Kegiatan 1 : Mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan. 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika penulis melakukan penerapan SOP dan pemasangan label, penulis terlebih dahulu meminta izin untuk berkonsultasi kepada mentor dengan menyesuaikan waktu ketika mereka sedang tidak sibuk. Sikap ini mencerminkan ramah dalam berkomunikasi, cekatan dalam menindaklanjuti arahan, solutif dalam mencari masukan, serta dapat diandalkan dalam memastikan penerapan SOP dan pemasangan label berjalan sesuai standar 2. Akuntabel : Ketika penulis mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan, penulis mempelajarinya dengan sungguh-sungguh serta melaksanakannya secara konsisten sesuai ketentuan yang berlaku. Hal ini merupakan wujud sikap jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, dan berintegritas dalam memastikan bahwa penerapan SOP dan pemasangan label area risiko tinggi berjalan sesuai aturan yang telah ditetapkan. 3. Kompeten : Ketika penulis mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan, penulis berusaha memahami secara detail isi SOP dan ketentuan pelabelan area risiko tinggi, kemudian menerapkannya secara tepat sesuai prosedur. Hal ini menunjukkan kemampuan penulis dalam melaksanakan tugas dengan teliti, cermat, dan berkualitas sehingga hasil pekerjaan sesuai standar yang berlaku. 4. Harmonis : Ketika penulis berkoordinasi dan berdiskusi dengan tim SKP serta lintas unit (Tim MFK) terkait dalam memahami isi SOP dengan saling menghargai pendapat, tercipta suasana kerja yang terbuka dan harmonis sehingga proses penerapan SOP berjalan lancar dan efektif. 5. Loyal : Ketika penulis mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan, penulis mematuhi serta mendukung kebijakan

	dan prosedur resmi yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Hal ini mencerminkan sikap setia dan patuh terhadap aturan yang berlaku, serta komitmen untuk menjaga konsistensi pelaksanaan tugas sesuai dengan visi dan misi organisasi. 6. Adaptif : Ketika penulis mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan, penulis menghargai masukan dari rekan kerja serta membangun pemahaman bersama terkait penerapan SOP dan pelabelan area risiko tinggi. Hal ini mencerminkan sikap proaktif dalam menyesuaikan diri dengan dinamika kerja serta keterbukaan terhadap inovasi demi meningkatkan efektivitas penerapan prosedur di rumah sakit. 7. Kolaboratif : Ketika penulis melibatkan tim SKP dan unit terkait (Tim MFK) dalam mengkaji SOP, setiap pihak dapat memberikan masukan sesuai bidangnya. Kolaborasi ini membuat hasil kajian lebih komprehensif, aplikatif, dan mudah diterapkan di lapangan. Tahapan Kegiatan 2 : Penyusunan jadwal dan rencana penerapan SOP dan pemasangan label. 1. Akuntabel : Ketika penulis menyusun jadwal dan rencana penerapan SOP serta pemasangan label area risiko tinggi, penulis memastikan setiap langkah yang direncanakan sesuai dengan ketentuan SOP dan dapat dipertanggungjawabkan. Hal ini menunjukkan sikap jujur, disiplin, dan bertanggung jawab dalam menjamin pelaksanaan kegiatan berjalan sesuai aturan yang berlaku. 2. Harmonis : Ketika penulis menyusun jadwal dan rencana penerapan SOP serta pemasangan label area risiko tinggi, penulis menjaga hubungan kerja yang baik saat berkoordinasi dengan tim atau petugas lainnya. Hal ini mencerminkan sikap saling menghargai dan membangun suasana kerja yang kondusif demi kelancaran pelaksanaan kegiatan. 3. Kolaboratif : Ketika penulis menyusun jadwal dan rencana penerapan SOP serta pemasangan label area risiko tinggi, penulis juga membangun kerja sama yang efektif dengan berbagai pihak terkait sehingga penerapan SOP dapat berjalan lancar dan tujuan keselamatan pasien dapat tercapai dengan baik. Hal ini menunjukkan semangat kebersamaan dalam mencapai hasil yang optimal bagi pelayanan rumah sakit. Tahapan Kegiatan 3 : Pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP dan pemasangan label.
--	---

	1. Akuntabel : Ketika penulis melakukan pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP serta pemasangan label area risiko tinggi, penulis menyimpan dan melaporkan seluruh dokumentasi secara rapi, lengkap, dan sesuai ketentuan. Hal ini mencerminkan sikap jujur, disiplin, serta tanggung jawab dalam memastikan setiap bukti kegiatan dapat dipertanggungjawabkan. 2. Harmonis : Ketika penulis menjaga komunikasi yang baik dengan tim SKP dan petugas terkait saat proses dokumentasi, tercipta kerja sama yang saling menghargai dan mendukung kelancaran kegiatan penerapan SOP serta pemasangan label. 3. Kolaboratif : Ketika penulis melakukan pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP serta pemasangan label area risiko tinggi, penulis melibatkan tim SKP dan unit terkait dalam mengumpulkan data serta melakukan verifikasi dokumentasi. Hal ini mencerminkan semangat kerja sama lintas unit untuk memastikan keakuratan dan kelengkapan dokumen sesuai standar rumah sakit.
Teknik Aktualisasi yang Dipergunakan dan Bukti Fisik Kegiatan/Evidence	1. Mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan. Gambar 1. Penulis mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan bersama tim



Gambar 2. SOP yang telah disahkan oleh Direktur Rumah Sakit Bukit Kerman, Kab. Kerinci

2. Penyusunan jadwal, rencana penerapan SOP dan pemasangan label.



Gambar 3. Penulis berdiskusi dengan tim terkait untuk menentukan jadwal pemasangan label



Gambar 4. Penulis berdiskusi dengan mentor untuk membahas terkait jadwal yang telah disepakati oleh tim

3. Pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP dan pemasangan label



Gambar 5. Dokumentasi sebelum pemasangan label di area IGD dan Instalasi Rawat Jalan

	 Gambar 6. Dokumentasi proses pemasangan label di area IGD dan Instalasi Rawat Jalan  Gambar 7. Dokumentasi setelah pemasangan label di area IGD dan Instalasi Rawat Jalan
Deskripsi Proses dan Kualitas Produk Kegiatan	Tahapan Kegiatan 1 : Mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan. Pada tanggal 15 September 2025, Penulis bertemu tim manajemen kesehatan dan fasilitas serta tim SKP untuk membahas terkait SOP yang telah disahkan oleh direktur rumah sakit. Proses dimulai dengan membaca dan menelaah setiap bagian dari SOP, sehingga Penulis dapat memahami maksud,

	tujuan, serta tata cara pelabelan yang diatur di dalamnya. Dari hasil kajian tersebut, Penulis menyadari pentingnya penerapan SOP secara konsisten, karena pelabelan yang tepat akan sangat berpengaruh terhadap keselamatan pasien maupun kelancaran pelayanan. Penulis juga untuk meminta masukan maupun menyamakan persepsi terkait penerapan SOP dengan tim yang terlibat pada kegiatan ini. Dengan cara ini, Penulis tidak hanya belajar secara individu, tetapi juga menumbuhkan semangat kerja sama agar setiap langkah pelabelan dapat dilaksanakan secara seragam. Selain itu, sikap terbuka terhadap arahan dan kebijakan rumah sakit menjadi landasan bagi Penulis dalam melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab. Kualitas Produk : Terdokumentasinya hasil kajian bersama tim, Pemahaman yang menyeluruh terhadap SOP penandaan label area risiko tinggi, dan kesiapan untuk melaksanakannya secara tepat sesuai standar. Tahapan Kegiatan 2 : Penyusunan jadwal, rencana penerapan SOP dan pemasangan label. Pada Tanggal 15 September 2025, Penulis mulai menyusun jadwal dan rencana penerapan SOP penandaan label area risiko tinggi. Kegiatan ini dilakukan dengan meninjau kembali setiap tahapan dalam SOP agar langkah-langkah yang akan dijalankan nantinya selaras dengan aturan yang berlaku serta bisa dipertanggungjawabkan. Dalam prosesnya, Penulis tidak hanya fokus pada aspek teknis penjadwalan, tetapi juga berusaha memastikan bahwa waktu, alur, dan pembagian tugas benar-benar mendukung kelancaran pemasangan label tanpa mengganggu aktivitas pelayanan rumah sakit. Penyusunan rencana ini juga menjadi sarana untuk memperkuat koordinasi. Penulis menjaga komunikasi yang baik dengan tim dan petugas terkait, sehingga tercipta suasana kerja yang terbuka dan saling mendukung. Melalui diskusi dan tukar pendapat, Penulis berupaya membangun kerja sama yang efektif lintas unit, sehingga setiap pihak memiliki peran jelas dan pemahaman yang sama tentang tujuan kegiatan. Kesepakatan penulis dan tim manajemen fasilitas keselamatan (MFK) serta tim SKP yaitu kegiatan dilaksanakan pemasangan label area risiko tinggi yaitu di hari Kamis-jumat pada tanggal 18-19 September
--	--

	2025. Pada tanggal 17 September 2025, Penulis melakukan konsultasi kepada mentor terkait penerapan sop dan pemasangan label. Mentor menyatakan bahwa di sinkronisasi kegiatan pemasangan dan dilanjutkan kerja samanya. Kualitas Produk : terdapatnya jadwal kegiatan pemasangan label area risiko tinggi dan disetujui oleh tim yang terlibat dan tercatatnya konsultasi dengan mentor. Tahapan Kegiatan 3 : Pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP dan pemasangan label. Pada tanggal 18–19 September 2025, Penulis melaksanakan kegiatan pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP serta pemasangan label area risiko tinggi. Kegiatan ini dilakukan dengan cara mengumpulkan seluruh data, bukti kegiatan, dan hasil pelaksanaan di lapangan, lalu menyusunnya secara teratur agar mudah dipahami serta sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit. Penulis berupaya memastikan tidak ada bagian yang terlewat, mulai dari dokumentasi kondisi awal sebelum SOP diterapkan hingga hasil akhir setelah pemasangan label selesai dilakukan. Dalam prosesnya, Penulis tidak bekerja sendiri, tetapi melibatkan tim MFK dan tim SKP untuk bersama-sama mengumpulkan data . Melalui koordinasi ini, setiap dokumen yang dihasilkan diperiksa kembali sehingga dapat dipastikan keakuratan dan kelengkapannya. Selain itu, keterlibatan banyak pihak juga membantu membangun pemahaman bersama mengenai pentingnya dokumentasi, bukan hanya sebagai arsip, tetapi juga sebagai dasar untuk evaluasi dan perbaikan di masa mendatang Kualitas Produk : Dokumentasi sebelum dan sesudah pemasangan label area risiko tinggi.
Manfaat Kegiatan Terhadap Pencapaian Visi, Misi, dan Tugas Organisasi	Kegiatan penerapan SOP dan pemasangan label area risiko tinggi di RSUD Bukit Kerman sesuai dengan misi pada poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan poin b yaitu menyediakan peralatan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung dan memadai.
Analisis Dampak	Tahapan Kegiatan 1 : Mengkaji dan memahami SOP yang telah disahkan.

	1. Berorientasi Pelayanan : Jika penulis tidak melakukan konsultasi dengan mentor sebelum penerapan SOP dan pemasangan label, maka arahan yang seharusnya menjadi acuan dapat terlewatkan. Hal ini berisiko menyebabkan penerapan SOP dan pemasangan label tidak sesuai dengan ketentuan dan standar, sehingga tujuan peningkatan ketertiban, kejelasan informasi, serta keselamatan kerja tidak tercapai secara optimal. 2. Akuntabel : Apabila SOP tidak dipelajari dan dilaksanakan secara konsisten, maka pelaksanaan tugas berisiko menyimpang dari ketentuan yang berlaku. Kondisi ini dapat menurunkan mutu pelayanan, mengurangi kepercayaan terhadap profesionalisme, serta meningkatkan potensi terjadinya kesalahan kerja dan keterlambatan. Akhirnya, tujuan organisasi dan standar kualitas yang ditetapkan pun sulit tercapai. 3. Kompeten : Jika Penulis tidak memahami isi SOP dan pelabelan serta tidak menerapkannya secara tepat, maka dapat terjadi kesalahan prosedur, menurunnya efektivitas kerja, dan berkurangnya kualitas pelayanan. Namun, dengan memahami dan menerapkannya secara benar, Penulis mampu bekerja profesional, teliti, serta menjaga standar keselamatan dan mutu pelayanan. 4. Harmonis : Jika penulis tidak menjaga hubungan baik serta tidak menghargai pendapat rekan kerja saat mengkaji SOP, suasana kerja dapat menjadi kurang kondusif dan pemahaman terhadap isi SOP menjadi terbatas. 5. Loyal : Apabila dalam mengkaji dan memahami SOP Penulis tidak mematuhi serta mendukung kebijakan resmi rumah sakit, maka penerapan prosedur dapat menjadi tidak seragam, mengurangi disiplin, dan berpotensi mengganggu kualitas pelayanan. Sebaliknya, dengan mematuhi serta mendukung SOP yang berlaku, Penulis menunjukkan kesetiaan pada aturan organisasi, menjaga keteraturan kerja, serta membantu memastikan standar pelayanan rumah sakit tercapai secara konsisten. 6. Adaptif : Jika Penulis tidak menghargai masukan dari rekan kerja dan enggan membangun pemahaman bersama terkait penerapan SOP, maka dapat terjadi perbedaan persepsi, ketidakharmonisan kerja, dan risiko penerapan SOP yang tidak konsisten. Sebaliknya, dengan terbuka terhadap masukan dan membangun pemahaman bersama, Penulis dapat menyesuaikan diri dengan kebutuhan lapangan,
--	--

	memperkuat kerja sama tim, serta memastikan SOP diterapkan secara lebih efektif dan tepat sasaran. 7. Kolaboratif : Jika penulis tidak melibatkan tim SKP dan unit terkait (tim MFK) dalam proses pengkajian SOP, hasil kajian bisa kurang lengkap dan tidak sesuai kebutuhan di lapangan. Tahapan Kegiatan 2 : Penyusunan jadwal, rencana penerapan SOP dan pemasangan label. 1. Akuntabel : Jika Penulis tidak memastikan setiap langkah pemasangan label sesuai SOP, maka dapat terjadi ketidakteraturan, kesalahan prosedur, serta berkurangnya kepercayaan terhadap hasil kerja karena tidak dapat dipertanggungjawabkan. Sebaliknya, dengan melaksanakan penyusunan jadwal dan pemasangan label sesuai SOP, setiap tahapan menjadi jelas, tertib, dan dapat dipertanggungjawabkan sehingga meningkatkan mutu serta kepercayaan terhadap penerapan SOP di lingkungan kerja. 2. Harmonis : Jika Penulis tidak menjaga hubungan kerja yang baik saat berkoordinasi dengan tim atau petugas lain, maka dapat timbul miskomunikasi, menurunnya kerja sama, serta potensi keterlambatan dalam penerapan SOP dan pemasangan label. Sebaliknya, dengan membangun hubungan kerja yang harmonis, koordinasi menjadi lebih lancar, suasana kerja kondusif, serta pelaksanaan SOP dan pemasangan label dapat berjalan efektif dan tepat waktu. 3. Kolaboratif : Jika Penulis tidak membangun kerja sama yang efektif dengan berbagai pihak terkait, maka penerapan SOP dan pemasangan label berisiko terhambat, menimbulkan ketidaksesuaian prosedur, dan mengurangi efektivitas upaya keselamatan pasien. Sebaliknya, dengan menjalin kerja sama yang baik, koordinasi menjadi lebih optimal, penerapan SOP berjalan lancar, dan tujuan keselamatan pasien dapat tercapai secara maksimal. Tahapan Kegiatan 3 : Pendokumentasian awal sebelum dan setelah penerapan SOP dan pemasangan label. 1. Akuntabel : Jika Penulis tidak menyimpan dan melaporkan dokumentasi secara rapi, lengkap, dan sesuai ketentuan, maka data dapat hilang, tidak valid, atau sulit dipertanggungjawabkan sehingga mengurangi transparansi dan kepercayaan terhadap hasil kerja. Sebaliknya, dengan pendokumentasian yang baik, seluruh proses penerapan
--	--

	SOP dan pemasangan label dapat ditelusuri dengan jelas, dipertanggungjawabkan, serta menjadi acuan untuk evaluasi dan peningkatan mutu layanan. 2. Harmonis : Jika penulis tidak menjaga komunikasi dan hubungan baik dengan rekan kerja saat pendokumentasian, koordinasi bisa terhambat dan hasil dokumentasi menjadi kurang lengkap. 3. Kolaboratif : Jika Penulis tidak melibatkan tim SKP dan unit terkait dalam pengumpulan data serta verifikasi dokumentasi, maka hasil dokumentasi berisiko tidak akurat, kurang lengkap, dan sulit dijadikan acuan bersama. Hal ini dapat menimbulkan perbedaan persepsi dan melemahkan efektivitas evaluasi. Sebaliknya, dengan melibatkan berbagai pihak, dokumentasi menjadi lebih valid, transparan, dan dapat digunakan bersama sebagai dasar untuk peningkatan keselamatan dan mutu pelayanan.
--	---

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		: Zahratirizka, S.Ftr.,Ftr		
Satuan Kerja		: RSUD Bukit Kerman		
Tempat Aktualisasi		: RSUD Bukit Kerman (IGD dan Instalasi Rawat Jalan)		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/output	Paraf Mentor
1	Rabu, 17 September 2025	1) Melanjutkan kerjasama dengan tim MFK untuk pemasangan label 2) SPO atau SOP yang telah jadi diberikan ke tim MFK untuk arsip 3) Untuk kuisioner evaluasi kegiatan selanjutnya dibuatkan bentuk google form agar mudah diakses dan efisien	Laporan mingguan ke-3	4

Lampiran 4. Lampiran Laporan Mingguan ke-4

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 3	Melakukan Uji Coba
Tanggal Kegiatan	22-27 September 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/ <i>Evidence</i>	1. Menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda, posisi tanda strategis, dipahami oleh pengunjung/petugas. 2. Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Nilai Dasar BerAKHLAK yang Melandasi	Tahapan Kegiatan 1 : Menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda, posisi tanda strategis, dipahami oleh pengunjung/petugas. 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika Penulis menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda, fokus utamanya adalah memastikan tanda peringatan ditempatkan di posisi yang strategis, mudah dibaca, dan dapat dipahami oleh pengunjung maupun petugas. Hal ini dilakukan agar tanda yang terpasang tidak hanya sekedar formalitas, tetapi benar-benar berfungsi sebagai panduan dan pengingat di area risiko tinggi. Sebagai tindak lanjut, Penulis menyusun instrumen berupa kuisisioner untuk menguji sejauh mana tanda tersebut terbaca dan dipahami dengan baik. Instrumen ini menjadi acuan dalam menilai efektivitas tanda sekaligus dasar untuk perbaikan di kemudian hari, sehingga keselamatan petugas dan pengunjung tetap terjaga dengan optimal. Selain itu, Ketika penulis menyusun kuesioner evaluasi, penulis meminta izin kepada mentor pada waktu yang tepat agar tidak mengganggu, karena membutuhkan masukan dalam penyusunannya. 2. Akuntabel : Ketika Penulis menyusun indikator uji coba, setiap langkah dilakukan dengan mengacu pada standar keselamatan yang berlaku. Hal ini bertujuan agar instrumen yang dihasilkan tidak hanya relevan, tetapi juga dapat digunakan secara nyata untuk menilai efektivitas tanda peringatan yang dipasang di area risiko tinggi. Dengan pendekatan ini, Penulis berusaha memastikan bahwa indikator yang disusun dapat dipertanggungjawabkan dari sisi isi maupun manfaatnya. Selanjutnya, Penulis melaporkan hasil penyusunan indikator tersebut secara terbuka kepada pihak terkait. Laporan disusun dengan jelas dan transparan, sehingga semua pihak yang berkepentingan dapat memahami proses maupun hasil yang diperoleh. Cara ini menunjukkan komitmen Penulis dalam menjaga kejelasan informasi sekaligus memastikan setiap keputusan yang diambil didukung data yang valid dan dapat dipercaya.

	3. Harmonis : Ketika Penulis menyusun rancangan indikator uji coba keterbacaan tanda, kegiatan ini didiskusikan bersama tim yang terlibat agar rancangan yang dihasilkan sesuai dengan kebutuhan di lapangan. Diskusi dilakukan untuk menyamakan pemahaman dan memastikan indikator yang dibuat benar-benar dapat digunakan. Dalam proses tersebut, Penulis menghargai setiap masukan yang diberikan tim dan menjadikannya bahan perbaikan rancangan. Dengan sikap saling menghormati, tercipta suasana kerja yang harmonis dan menghasilkan indikator yang lebih matang serta bermanfaat bagi keselamatan petugas maupun pengunjung. 4. Kolaboratif : Ketika Penulis menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda, kegiatan dilakukan dengan melibatkan tim SKP, petugas, dan pihak terkait lainnya. Kolaborasi ini penting agar indikator yang disusun tidak hanya sesuai standar, tetapi juga sesuai dengan kondisi nyata di lapangan. Melalui kerja sama lintas unit, setiap pihak dapat memberikan masukan sesuai bidangnya, sehingga indikator menjadi lebih komprehensif dan mudah diterapkan. Dengan cara ini, hasil yang diperoleh tidak hanya efektif secara teknis, tetapi juga didukung bersama untuk mencapai tujuan keselamatan pasien. Tahapan Kegiatan 2 : Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut. 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika Penulis membagikan kuisisioner kepada pengunjung dan petugas, tujuan utamanya adalah mengetahui sejauh mana tanda peringatan yang terpasang dapat dipahami serta sesuai dengan kebutuhan mereka. Kuisisioner dirancang untuk mengukur keterbacaan, kejelasan pesan, dan peran tanda dalam mendukung keselamatan, sehingga hasilnya dapat memberikan gambaran nyata dari sudut pandang pengguna langsung di lapangan. Setelah kuisisioner dibagikan, Penulis mengumpulkan hasilnya dengan rapi untuk dianalisis lebih lanjut. Melalui cara ini, masukan dari pengunjung maupun petugas dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbaikan, sehingga tanda peringatan benar-benar efektif dalam mendukung keselamatan pasien serta memberikan rasa aman bagi semua pihak di rumah sakit. 2. Akuntabel : Ketika penulis memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut, penulis melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, dan
--	---

	berintegritas tinggi. Penulis mendistribusikan kuesioner hanya kepada responden yang tepat sesuai sasaran kegiatan serta memastikan hasilnya terkumpul secara lengkap. Selain itu, penulis menjaga kerahasiaan data responden dengan penuh tanggung jawab, sehingga informasi yang diperoleh dapat dipertanggungjawabkan dan digunakan secara tepat dalam mendukung pencapaian tujuan kegiatan. 3. Kompeten : Ketika Penulis melakukan rekapitulasi hasil kuesioner, setiap data diperiksa dengan cermat agar tidak ada bagian yang terlewat. Proses ini dilakukan secara teliti mulai dari menghitung jumlah responden, mengelompokkan jawaban, hingga menyusun hasil sesuai kategori yang telah ditetapkan. Dengan cara ini, data yang diperoleh lebih terstruktur dan mudah dianalisis. Ketelitian dalam rekapitulasi menunjukkan kesungguhan Penulis untuk menghadirkan data yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Hasil rekapitulasi yang rapi menjadi dasar penting dalam menilai keterbacaan tanda sekaligus memastikan efektivitas penerapan SOP demi keselamatan petugas dan pengunjung. 4. Harmonis: Ketika Penulis menerima respon dari pengunjung maupun petugas, setiap jawaban diperlakukan dengan sama pentingnya. Penulis berusaha menghargai semua masukan yang diberikan tanpa membedakan, karena setiap respon mencerminkan pengalaman dan kebutuhan nyata di lapangan. Sikap terbuka ini membuat proses pengumpulan data lebih jujur dan objektif. Dengan menghargai setiap pendapat, hasil kuesioner menjadi lebih kaya dan dapat memberikan gambaran yang lebih utuh tentang keterbacaan tanda serta upaya menjaga keselamatan pasien. 5. Loyal : Ketika Penulis melaksanakan kegiatan pembagian dan pengumpulan kuesioner, seluruh langkah dijalankan sesuai arahan dan prosedur yang berlaku di rumah sakit. Penulis berpegang pada aturan yang telah ditetapkan agar kegiatan berjalan teratur, terarah, dan dapat dipertanggungjawabkan. Kepatuhan ini menunjukkan komitmen Penulis untuk mendukung kebijakan rumah sakit secara penuh. Dengan melaksanakan kegiatan sesuai prosedur, hasil yang diperoleh lebih terpercaya sekaligus memperkuat tujuan keselamatan pasien melalui penerapan SOP yang konsisten. 6. Adaptif: Ketika Penulis melaksanakan kegiatan pembagian kuesioner, metode yang digunakan disesuaikan dengan kondisi di lapangan. Jika responden lebih mudah dijangkau secara langsung, maka kuesioner diberikan dalam bentuk
--	--

	fisik. Namun, bila situasi menuntut efisiensi atau ada keterbatasan pertemuan tatap muka, Penulis menyiapkan kuesioner dalam bentuk digital sehingga responden tetap dapat berpartisipasi dengan mudah. Fleksibilitas ini menunjukkan kemampuan Penulis untuk menyesuaikan cara kerja dengan kebutuhan dan keadaan nyata. Dengan begitu, proses pengumpulan data tetap berjalan lancar, hasil yang diperoleh tetap valid, dan tujuan untuk mengevaluasi keterbacaan tanda serta mendukung keselamatan pasien tetap tercapai. 7. Kolaboratif : Ketika Penulis melaksanakan kegiatan distribusi dan pengumpulan kuesioner, prosesnya dilakukan dengan melibatkan tim SKP serta petugas terkait. Kehadiran mereka membantu memastikan bahwa kuesioner dibagikan kepada responden yang tepat, sehingga data yang terkumpul sesuai dengan tujuan evaluasi. Melalui kerja sama ini, hasil yang diperoleh menjadi lebih akurat dan representatif. Kolaborasi dengan berbagai pihak juga menciptakan suasana kerja yang saling mendukung, sehingga kegiatan pengumpulan data dapat berjalan lancar dan memberikan gambaran nyata mengenai keterbacaan tanda di lapangan.
Teknik Aktualisasi yang Dipergunakan dan Bukti Fisik Kegiatan/Evidence	1. Menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda, posisi tanda strategis, dipahami oleh pengunjung/petugas. Gambar 1. Penulis menyusun indikator uji coba dalam bentuk kuisisioner bersama tim



Gambar 2. Penulis konsultasi kuisiener yang telah dibuat dengan mentor



Gambar 3. Penulis membuat barcode untuk kuisiener digital



Kuisiener Evaluasi Label Area Risiko Tinggi Rumah Sakit Bukit Kerman (IGD dan Poli Rawat Jalan)

Kuisiener ini disusun sebagai bagian dari aktualisasi Latsar CPNS. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana label area risiko tinggi di rumah sakit khususnya IGD dan poli rawat jalan dapat terlihat, dipahami, dan bermanfaat, serta menjadi dasar perbaikan ke depan.

[Ganti akun](#)

Tidak dibagikan

[Menunjukkan pertanyaan yang wajib diisi](#)

Kategori Responden *

- ☐ Pegawai IGD Rumah Sakit Bukit Kerman
- ☐ Pegawai Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Bukit Kerman
- ☐ Pasien/Pengunjung Rumah Sakit Bukit Kerman
- ☐ Petugas Kebersihan Rumah Sakit Bukit Kerman
- ☐ Petugas Keamanan Rumah Sakit Bukit Kerman

Usia Responden *

- ☐ kurang dari 20 tahun
- ☐ 20-30 tahun
- ☐ 31-40 tahun
- ☐ lebih dari 40 tahun

Jenis Kelamin Responden *

- ☐ Laki-laki
- ☐ Perempuan

Apakah Anda melihat adanya label penanda area risiko tinggi di IGD maupun poli rawat jalan ?



- ☐ IYA
- ☐ TIDAK

Menurut Anda, apakah label tersebut mudah terlihat & terbaca ?

- ☐ SANGAT JELAS
- ☐ CUKUP JELAS
- ☐ KURANG JELAS
- ☐ TIDAK JELAS

Apakah Anda memahami arti atau maksud dari label tersebut ?

- ☐ YA, SANGAT PAHAM
- ☐ CUKUP PAHAM
- ☐ KURANG PAHAM
- ☐ TIDAK PAHAM

Apakah label ini membantu meningkatkan kewaspadaan Anda saat berada di area rumah sakit?

- ☐ SANGAT MEMBANTU
- ☐ MEMBANTU
- ☐ KURANG MEMBANTU
- ☐ TIDAK MEMBANTU

Gambar 4. kuisiener evaluasi (1)

☐ YA, SANGAT PAHAM
☐ CUKUP PAHAM
☐ KURANG PAHAM
☐ TIDAK PAHAM

Apakah label ini membantu meningkatkan kewaspadaan Anda saat berada di area rumah sakit?

☐ SANGAT MEMBANTU
☐ MEMBANTU
☐ KURANG MEMBANTU
☐ TIDAK MEMBANTU

Apa saran Anda untuk meningkatkan efektivitas label penanda di rumah sakit ini?

Jawaban Anda

Halaman 1 dari 1
 Kirim Kosongkan

Gambar 5. kuisiener evaluasi (2)

2. Memberikan kuisiener dan mengumpulkan hasil tersebut.



Gambar 6. Pembagian Kuisiener melalui grup whatsapp

	 Gambar 7. Penulis membagikan kuisioner kepada pasien
Deskripsi Proses dan Kualitas Produk Kegiatan	Tahapan Kegiatan 1 : Menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda, posisi tanda strategis, dipahami oleh pengunjung/petugas. Pada tanggal 22 September 2025, Penulis melaksanakan kegiatan penyusunan indikator uji coba keterbacaan tanda dengan terlebih dahulu melakukan diskusi bersama tim. Dari diskusi tersebut disepakati bahwa instrumen evaluasi disusun dalam bentuk kuesioner. Penulis kemudian membuat rancangan awal menggunakan Google Form dengan pertanyaan sederhana dan singkat, agar mudah dipahami responden serta efektif dalam menggali informasi terkait keterbacaan tanda, posisi tanda, dan pemahaman petugas maupun pengunjung. Selanjutnya, pada tanggal 24 September 2025, Penulis melakukan konsultasi dengan mentor. Dari hasil arahan, Penulis menambahkan opsi akses kuesioner melalui barcode untuk memudahkan pasien atau pengunjung mengisi tanpa perlu mengetik tautan secara manual. Selain itu, Penulis juga menyiapkan kuesioner fisik bagi responden yang tidak membawa telepon genggam atau kesulitan mengakses Google Form. Dengan demikian, setiap responden tetap memiliki kesempatan memberikan masukan sesuai kebutuhannya. Kualitas Produk : Tersusunnya indikator uji coba keterbacaan tanda dalam bentuk kuesioner yang praktis, mudah diakses, dan fleksibel. Kuesioner tersedia dalam dua bentuk, yaitu digital melalui barcode Google Form dan fisik.

	Tahapan Kegiatan 2 : Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut. Pada tanggal 25 September 2025, Penulis berkolaborasi dengan tim mfk dan skp untuk menyebarkan link maupun barcode kuisisioner evaluasi di grup whatsapp rumah sakit bukit kerman, kuisisioner tersebut ditujukan kepada dokter, petugas kesehatan di ruang igd dan instalasi rawat jalan, petugas kebersihan dan keamanan di rumah sakit bukit kerman. Sementara untuk pasien disediakan kuisisioner fisik jika tidak memungkinkan untuk pengisian kuisisioner digital. Namun, karena sebagian pasien jarang berobat ke rumah sakit atau sedang mendampingi anak dalam kondisi sakit, jumlah pasien yang mengisi kuesisioner relatif terbatas. Meskipun demikian, Penulis tetap menghargai setiap respon yang masuk, baik dari petugas maupun pasien, karena masukan yang diberikan menjadi bagian penting untuk mengevaluasi keterbacaan tanda dan mendukung upaya keselamatan di rumah sakit. Kualitas Produk : Terkumpulnya Jawaban kuisisioner evaluasi dari dokter atau petugas kesehatan di ruang igd dan instalasi rawat jalan serta pasien, petugas kebersihan dan keamanan.
Manfaat Kegiatan Terhadap Pencapaian Visi, Misi, dan Tugas Organisasi	Kegiatan melakukan uji coba sesuai dengan Misi RSUD Bukit Kerman poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan misi poin c yaitu menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang independen, akuntabel, disiplin dan profesionalisme.
Analisis Dampak	Tahapan Kegiatan 1 : Menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda, posisi tanda strategis, dipahami oleh pengunjung/petugas. 1. Berorientasi Pelayanan : Apabila Penulis menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda tetapi tidak mengutamakan keselamatan petugas dan pengunjung, maka tanda yang dipasang bisa saja tidak efektif memberikan peringatan. Hal ini berpotensi menimbulkan kebingungan, salah tafsir, atau bahkan membahayakan orang yang berada di area risiko tinggi. Selanjutnya apabila penulis tidak melakukan konsultasi dengan mentor, maka instrumen yang disusun berpotensi tidak sesuai dengan tujuan dan standar evaluasi yang berlaku. Akibatnya, hasil uji coba bisa kurang valid dan tidak menggambarkan kondisi sebenarnya di lapangan, sehingga penilaian terhadap efektivitas penandaan

	area risiko tinggi menjadi tidak akurat dan dapat menghambat upaya peningkatan keselamatan di lingkungan kerja. 2. Akuntabel : Apabila Penulis menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda tetapi tidak berdasarkan standar keselamatan, maka indikator yang dihasilkan bisa kurang tepat, tidak valid, dan sulit digunakan sebagai alat ukur efektivitas tanda. Hal ini dapat menyebabkan pemasangan tanda tidak memberi perlindungan maksimal bagi pengunjung maupun petugas. Apabila Penulis tidak melaporkan hasilnya secara transparan kepada pihak terkait, maka informasi penting mengenai efektivitas tanda bisa terhambat, bahkan menimbulkan ketidaksamaan pemahaman antar tim. Sebaliknya, dengan menyusun indikator sesuai standar keselamatan dan melaporkannya secara terbuka, data yang dihasilkan menjadi lebih kredibel, dapat dipertanggungjawabkan, dan bermanfaat untuk mendukung keselamatan pasien secara menyeluruh. 3. Harmonis : Apabila Penulis menyusun rancangan indikator uji coba keterbacaan tanda tetapi tidak mendiskusikannya bersama tim, maka indikator yang dihasilkan bisa kurang komprehensif dan tidak sesuai dengan kebutuhan nyata di lapangan. Hal ini berpotensi menimbulkan perbedaan pemahaman serta mengurangi efektivitas tanda yang dipasang. Apabila Penulis tidak menghargai masukan dari tim, suasana kerja dapat menjadi kurang kondusif dan kepercayaan antar anggota tim berkurang. Sebaliknya, dengan berdiskusi dan menghargai pendapat rekan kerja, indikator yang disusun menjadi lebih matang, relevan, dan mencerminkan kebersamaan dalam menjaga keselamatan petugas maupun pengunjung. 4. Kolaboratif : Apabila Penulis menyusun indikator uji coba keterbacaan tanda tetapi tidak melibatkan tim SKP, petugas, dan pihak terkait lainnya, maka indikator yang dihasilkan bisa kurang sesuai dengan kondisi nyata di lapangan. Hal ini dapat menyebabkan indikator sulit diterapkan atau tidak efektif dalam menilai keterbacaan tanda. Sebaliknya, dengan melibatkan berbagai pihak sejak awal, indikator yang disusun lebih komprehensif, realistis, dan mudah diterapkan. Kolaborasi ini juga memperkuat rasa memiliki antar tim sehingga penerapan indikator berjalan lancar dan tujuan keselamatan petugas maupun pengunjung dapat tercapai secara optimal.
--	--

	Tahapan Kegiatan 2 : Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut. 1. Berorientasi Pelayanan : Apabila Penulis membagikan kuesioner tetapi tidak menyesuaikannya dengan kebutuhan pengunjung maupun petugas, maka data yang diperoleh bisa tidak relevan dan tidak menggambarkan pemahaman mereka terhadap keterbacaan tanda. Akibatnya, tanda peringatan yang dipasang berisiko kurang efektif dalam mendukung keselamatan pasien. Sebaliknya, dengan membagikan kuesioner yang memang bertujuan untuk mengukur pemahaman dan kebutuhan responden, maka data yang terkumpul menjadi lebih akurat dan bermanfaat. Hasil kuesioner dapat dijadikan dasar perbaikan tanda peringatan, sehingga keselamatan pengunjung maupun petugas tetap terjaga dengan baik. 2. Akuntabel : Apabila Penulis mendistribusikan kuesioner tetapi tidak kepada responden yang tepat, maka data yang terkumpul bisa tidak relevan dan hasil evaluasi keterbacaan tanda menjadi kurang valid. Hal ini dapat berpengaruh pada efektivitas perbaikan tanda peringatan yang seharusnya mendukung keselamatan pasien. Apabila hasil kuesioner tidak dikumpulkan secara lengkap atau kerahasiaan data responden tidak dijaga, maka kepercayaan responden dapat menurun dan data yang diperoleh menjadi tidak dapat dipertanggungjawabkan. Sebaliknya, dengan membagikan kuesioner kepada responden yang sesuai, mengumpulkan seluruh hasil dengan rapi, serta menjaga kerahasiaannya, maka data yang diperoleh lebih akurat, terpercaya, dan dapat digunakan sebagai dasar perbaikan yang berdampak langsung pada keselamatan pengunjung dan petugas. 3. Kompeten : Apabila Penulis melakukan rekapitulasi hasil kuesioner tetapi tidak dengan cermat, maka data yang diperoleh bisa saja keliru, tidak lengkap, atau bahkan menimbulkan kesimpulan yang salah. Hal ini akan berpengaruh pada akurasi evaluasi keterbacaan tanda dan dapat menghambat upaya perbaikan yang seharusnya mendukung keselamatan pasien. Sebaliknya, dengan melakukan rekapitulasi secara teliti dan cermat, hasil yang diperoleh menjadi akurat, valid, dan mudah dianalisis. Dampaknya, rekomendasi perbaikan yang dihasilkan lebih tepat sasaran, sehingga tanda peringatan dapat berfungsi secara efektif dan keselamatan pengunjung maupun petugas lebih terjamin.
--	---

	4. Harmonis: Apabila Penulis mengumpulkan hasil kuesioner tetapi tidak menghargai setiap respon yang diberikan, maka data yang diperoleh bisa dianggap kurang objektif dan responden merasa pendapatnya tidak penting. Hal ini dapat menurunkan partisipasi serta kepercayaan pengunjung maupun petugas dalam kegiatan evaluasi berikutnya. Sebaliknya, dengan menghargai semua respon tanpa membeda-bedakan, hasil kuesioner mencerminkan kondisi yang lebih nyata dan menyeluruh. Dampaknya, data menjadi lebih kaya, dapat diandalkan, dan bermanfaat untuk menyusun perbaikan tanda peringatan yang benar-benar mendukung keselamatan pengunjung dan petugas. 5. Loyal : Apabila Penulis melaksanakan kegiatan distribusi dan pengumpulan kuesioner tetapi tidak mengikuti arahan serta prosedur rumah sakit, maka kegiatan berisiko berjalan tidak teratur, hasil yang diperoleh kurang dapat dipertanggungjawabkan, dan kepercayaan pihak terkait bisa menurun. Kondisi ini juga dapat melemahkan tujuan utama evaluasi keterbacaan tanda dan keselamatan pasien. Sebaliknya, dengan melaksanakan kegiatan sesuai arahan dan prosedur rumah sakit, setiap tahapan menjadi lebih tertib dan terarah. Dampaknya, data yang dihasilkan lebih kredibel, mendukung kebijakan rumah sakit, serta dapat digunakan secara efektif untuk meningkatkan keselamatan pengunjung maupun petugas. 6. Adaptif : Apabila Penulis hanya menggunakan satu metode pembagian kuesioner tanpa menyesuaikan kondisi lapangan, maka ada kemungkinan sebagian responden kesulitan mengisi. Misalnya, pengunjung yang terburu-buru mungkin tidak sempat mengisi kuesioner fisik, atau petugas tertentu tidak terbiasa dengan Google Form. Akibatnya, jumlah data yang terkumpul bisa berkurang dan hasil evaluasi keterbacaan tanda menjadi kurang representatif. Sebaliknya, dengan menyesuaikan metode pembagian kuesioner menggunakan dua cara, yaitu kuesioner fisik dan Google Form, responden dapat memilih cara yang paling mudah bagi mereka. Dampaknya, partisipasi meningkat, data yang terkumpul lebih lengkap dan akurat, serta hasil evaluasi benar-benar mencerminkan kebutuhan pengunjung maupun petugas untuk mendukung keselamatan pasien. 7. Kolaboratif : Apabila Penulis membagikan dan mengumpulkan kuesioner tanpa melibatkan tim SKP dan petugas terkait, maka ada risiko data yang terkumpul tidak
--	---

	akurat atau kurang mewakili kondisi sebenarnya. Hal ini dapat menyebabkan hasil evaluasi keterbacaan tanda tidak sepenuhnya dapat dipercaya dan sulit dijadikan dasar perbaikan. Sebaliknya, dengan melibatkan tim SKP dan petugas terkait dalam proses distribusi serta pengumpulan, kuesioner dapat sampai ke responden yang tepat dan hasil yang diperoleh lebih representatif. Dampaknya, data yang terkumpul menjadi lebih valid, dapat dipertanggungjawabkan, dan bermanfaat sebagai dasar pengambilan keputusan untuk meningkatkan keselamatan pengunjung maupun petugas.
--	--

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		: Zahratirizka, S.Ftr.,Ftr		
Satuan Kerja		: RSUD Bukit Kerman		
Tempat Aktualisasi		: RSUD Bukit Kerman (IGD dan Instalasi Rawat Jalan)		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/output	Paraf Mentor
1	Rabu, 24 September 2024	1) Untuk kuisisioner disiapkan barcode agar memudahkan pasien untuk mengakses (tidak melalui link) 2) Untuk responden ditentukan petugas siapa saja yang mengisi	Laporan mingguan ke-4	4

Lampiran 5. Lampiran Laporan Mingguan ke-5

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 3	Melakukan Uji Coba
Tanggal Kegiatan	29 September-2 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/ <i>Evidence</i>	Melanjutkan Kegiatan di minggu sebelumnya untuk tahap kegiatan kedua yaitu Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut.
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Nilai Dasar BerAKHLAK yang Melandasi	Tahapan Kegiatan 2 : Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut. 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika Penulis membagikan kuisisioner kepada pengunjung dan petugas, tujuan utamanya

	adalah mengetahui sejauh mana tanda peringatan yang terpasang dapat dipahami serta sesuai dengan kebutuhan mereka. Kuesioner dirancang untuk mengukur keterbacaan, kejelasan pesan, dan peran tanda dalam mendukung keselamatan, sehingga hasilnya dapat memberikan gambaran nyata dari sudut pandang pengguna langsung di lapangan. Setelah kuesioner dibagikan, Penulis mengumpulkan hasilnya dengan rapi untuk dianalisis lebih lanjut. Melalui cara ini, masukan dari pengunjung maupun petugas dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbaikan, sehingga tanda peringatan benar-benar efektif dalam mendukung keselamatan pasien serta memberikan rasa aman bagi semua pihak di rumah sakit. 2. Akuntabel : Ketika penulis memberikan kuesioner dan mengumpulkan hasil tersebut, penulis melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, dan berintegritas tinggi. Penulis mendistribusikan kuesioner hanya kepada responden yang tepat sesuai sasaran kegiatan serta memastikan hasilnya terkumpul secara lengkap. Selain itu, penulis menjaga kerahasiaan data responden dengan penuh tanggung jawab, sehingga informasi yang diperoleh dapat dipertanggungjawabkan dan digunakan secara tepat dalam mendukung pencapaian tujuan kegiatan. 3. Kompeten : Ketika Penulis melakukan rekapitulasi hasil kuesioner, setiap data diperiksa dengan cermat agar tidak ada bagian yang terlewat. Proses ini dilakukan secara teliti mulai dari menghitung jumlah responden, mengelompokkan jawaban, hingga menyusun hasil sesuai kategori yang telah ditetapkan. Dengan cara ini, data yang diperoleh lebih terstruktur dan mudah dianalisis. Ketelitian dalam rekapitulasi menunjukkan kesungguhan Penulis untuk menghadirkan data yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Hasil rekapitulasi yang rapi menjadi dasar penting dalam menilai keterbacaan tanda sekaligus memastikan efektivitas penerapan SOP demi keselamatan petugas dan pengunjung. 4. Harmonis: Ketika Penulis menerima respon dari pengunjung maupun petugas, setiap jawaban diperlakukan dengan sama pentingnya. Penulis berusaha menghargai semua masukan yang diberikan tanpa membedakan, karena setiap respon mencerminkan pengalaman dan kebutuhan nyata di lapangan. Sikap terbuka ini membuat proses pengumpulan data lebih jujur dan objektif. Dengan menghargai setiap pendapat, hasil kuesioner menjadi lebih kaya dan dapat
--	---

	memberikan gambaran yang lebih utuh tentang keterbacaan tanda serta upaya menjaga keselamatan pasien. 5. Loyal : Ketika Penulis melaksanakan kegiatan pembagian dan pengumpulan kuesioner, seluruh langkah dijalankan sesuai arahan dan prosedur yang berlaku di rumah sakit. Penulis berpegang pada aturan yang telah ditetapkan agar kegiatan berjalan teratur, terarah, dan dapat dipertanggungjawabkan. Kepatuhan ini menunjukkan komitmen Penulis untuk mendukung kebijakan rumah sakit secara penuh. Dengan melaksanakan kegiatan sesuai prosedur, hasil yang diperoleh lebih terpercaya sekaligus memperkuat tujuan keselamatan pasien melalui penerapan SOP yang konsisten. 6. Adaptif: Ketika Penulis melaksanakan kegiatan pembagian kuesioner, metode yang digunakan disesuaikan dengan kondisi di lapangan. Jika responden lebih mudah dijangkau secara langsung, maka kuesioner diberikan dalam bentuk fisik. Namun, bila situasi menuntut efisiensi atau ada keterbatasan pertemuan tatap muka, Penulis menyiapkan kuesioner dalam bentuk digital sehingga responden tetap dapat berpartisipasi dengan mudah. Fleksibilitas ini menunjukkan kemampuan Penulis untuk menyesuaikan cara kerja dengan kebutuhan dan keadaan nyata. Dengan begitu, proses pengumpulan data tetap berjalan lancar, hasil yang diperoleh tetap valid, dan tujuan untuk mengevaluasi keterbacaan tanda serta mendukung keselamatan pasien tetap tercapai. 7. Kolaboratif : Ketika Penulis melaksanakan kegiatan distribusi dan pengumpulan kuesioner, prosesnya dilakukan dengan melibatkan tim SKP serta petugas terkait. Kehadiran mereka membantu memastikan bahwa kuesioner dibagikan kepada responden yang tepat, sehingga data yang terkumpul sesuai dengan tujuan evaluasi. Melalui kerja sama ini, hasil yang diperoleh menjadi lebih akurat dan representatif. Kolaborasi dengan berbagai pihak juga menciptakan suasana kerja yang saling mendukung, sehingga kegiatan pengumpulan data dapat berjalan lancar dan memberikan gambaran nyata mengenai keterbacaan tanda di lapangan.
Teknik Aktualisasi yang Dipergunakan dan Bukti Fisik Kegiatan/Evidence	1. Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut.



Gambar 1. Penulis kolaborasi dengan tim untuk melanjutkan menyebarkan evaluasi kuisisioner



Gambar 2. Penulis membagikan kuisisioner kepada pasien

Deskripsi Proses dan Kualitas Produk Kegiatan

Tahapan Kegiatan 2 : Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut.

Pada tanggal 29 September 2025 hingga 02 Oktober 2025, Penulis berkolaborasi dengan petugas kesehatan igd maupun instalasi rawat jalan dengan menyampaikan secara lisan untuk menyebarkan link kuisisioner evaluasi di grup whatsapp khusus poli igd dan rawat jalan, kuisisioner tersebut ditujukan kepada dokter, petugas kesehatan di ruang igd dan instalasi rawat jalan, sedangkan petugas kebersihan dan keamanan di rumah sakit bukit kerman dibantu oleh tim mfk. Sementara untuk pasien disediakan kuisisioner fisik jika tidak memungkinkan untuk

	pengisian kuisisioner digital. Penulis menghargai setiap respon yang masuk, baik dari petugas maupun pasien, karena masukan yang diberikan menjadi bagian penting untuk mengevaluasi keterbacaan tanda dan mendukung upaya keselamatan di rumah sakit. Kualitas Produk : Terkumpulnya Jawaban kuisisioner evaluasi dari dokter atau petugas kesehatan di ruang igd dan instalasi rawat jalan serta pasien, petugas kebersihan dan keamanan.
Manfaat Kegiatan Terhadap Pencapaian Visi, Misi, dan Tugas Organisasi	Kegiatan melakukan uji coba sesuai dengan Misi RSUD Bukit Kerman poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien dan misi poin c yaitu menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang independen, akuntabel, disiplin dan profesionalisme.
Analisis Dampak	Tahapan Kegiatan 2 : Memberikan kuisisioner dan mengumpulkan hasil tersebut. 1. Berorientasi Pelayanan : Apabila Penulis membagikan kuisisioner tetapi tidak menyesuaikannya dengan kebutuhan pengunjung maupun petugas, maka data yang diperoleh bisa tidak relevan dan tidak menggambarkan pemahaman mereka terhadap keterbacaan tanda. Akibatnya, tanda peringatan yang dipasang berisiko kurang efektif dalam mendukung keselamatan pasien. Sebaliknya, dengan membagikan kuisisioner yang memang bertujuan untuk mengukur pemahaman dan kebutuhan responden, maka data yang terkumpul menjadi lebih akurat dan bermanfaat. Hasil kuisisioner dapat dijadikan dasar perbaikan tanda peringatan, sehingga keselamatan pengunjung maupun petugas tetap terjaga dengan baik. 2. Akuntabel : Apabila Penulis mendistribusikan kuisisioner tetapi tidak kepada responden yang tepat, maka data yang terkumpul bisa tidak relevan dan hasil evaluasi keterbacaan tanda menjadi kurang valid. Hal ini dapat berpengaruh pada efektivitas perbaikan tanda peringatan yang seharusnya mendukung keselamatan pasien. Apabila hasil kuisisioner tidak dikumpulkan secara lengkap atau kerahasiaan data responden tidak dijaga, maka kepercayaan responden dapat menurun dan data yang diperoleh menjadi tidak dapat dipertanggungjawabkan. Sebaliknya, dengan membagikan kuisisioner kepada responden yang sesuai, mengumpulkan seluruh hasil dengan rapi, serta menjaga kerahasiaannya,

	maka data yang diperoleh lebih akurat, terpercaya, dan dapat digunakan sebagai dasar perbaikan yang berdampak langsung pada keselamatan pengunjung dan petugas. 3. Kompeten : Apabila Penulis melakukan rekapitulasi hasil kuesioner tetapi tidak dengan cermat, maka data yang diperoleh bisa saja keliru, tidak lengkap, atau bahkan menimbulkan kesimpulan yang salah. Hal ini akan berpengaruh pada akurasi evaluasi keterbacaan tanda dan dapat menghambat upaya perbaikan yang seharusnya mendukung keselamatan pasien. Sebaliknya, dengan melakukan rekapitulasi secara teliti dan cermat, hasil yang diperoleh menjadi akurat, valid, dan mudah dianalisis. Dampaknya, rekomendasi perbaikan yang dihasilkan lebih tepat sasaran, sehingga tanda peringatan dapat berfungsi secara efektif dan keselamatan pengunjung maupun petugas lebih terjamin. 4. Harmonis: Apabila Penulis mengumpulkan hasil kuesioner tetapi tidak menghargai setiap respon yang diberikan, maka data yang diperoleh bisa dianggap kurang objektif dan responden merasa pendapatnya tidak penting. Hal ini dapat menurunkan partisipasi serta kepercayaan pengunjung maupun petugas dalam kegiatan evaluasi berikutnya. Sebaliknya, dengan menghargai semua respon tanpa membeda-bedakan, hasil kuesioner mencerminkan kondisi yang lebih nyata dan menyeluruh. Dampaknya, data menjadi lebih kaya, dapat diandalkan, dan bermanfaat untuk menyusun perbaikan tanda peringatan yang benar-benar mendukung keselamatan pengunjung dan petugas. 5. Loyal : Apabila Penulis melaksanakan kegiatan distribusi dan pengumpulan kuesioner tetapi tidak mengikuti arahan serta prosedur rumah sakit, maka kegiatan berisiko berjalan tidak teratur, hasil yang diperoleh kurang dapat dipertanggungjawabkan, dan kepercayaan pihak terkait bisa menurun. Kondisi ini juga dapat melemahkan tujuan utama evaluasi keterbacaan tanda dan keselamatan pasien. Sebaliknya, dengan melaksanakan kegiatan sesuai arahan dan prosedur rumah sakit, setiap tahapan menjadi lebih tertib dan terarah. Dampaknya, data yang dihasilkan lebih kredibel, mendukung kebijakan rumah sakit, serta dapat digunakan secara efektif untuk meningkatkan keselamatan pengunjung maupun petugas. 6. Adaptif : Apabila Penulis hanya menggunakan satu metode pembagian kuesioner tanpa menyesuaikan kondisi lapangan,
--	---

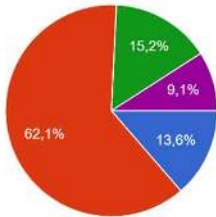
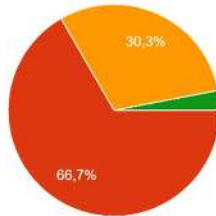
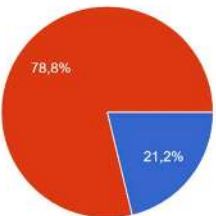
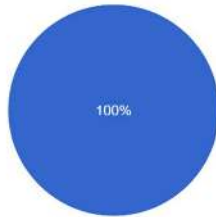
	maka ada kemungkinan sebagian responden kesulitan mengisi. Misalnya, pengunjung yang terburu-buru mungkin tidak sempat mengisi kuesioner fisik, atau petugas tertentu tidak terbiasa dengan Google Form. Akibatnya, jumlah data yang terkumpul bisa berkurang dan hasil evaluasi keterbacaan tanda menjadi kurang representatif. Sebaliknya, dengan menyesuaikan metode pembagian kuesioner menggunakan dua cara, yaitu kuesioner fisik dan Google Form, responden dapat memilih cara yang paling mudah bagi mereka. Dampaknya, partisipasi meningkat, data yang terkumpul lebih lengkap dan akurat, serta hasil evaluasi benar-benar mencerminkan kebutuhan pengunjung maupun petugas untuk mendukung keselamatan pasien. 7. Kolaboratif : Apabila Penulis membagikan dan mengumpulkan kuesioner tanpa melibatkan tim SKP dan petugas terkait, maka ada risiko data yang terkumpul tidak akurat atau kurang mewakili kondisi sebenarnya. Hal ini dapat menyebabkan hasil evaluasi keterbacaan tanda tidak sepenuhnya dapat dipercaya dan sulit dijadikan dasar perbaikan. Sebaliknya, dengan melibatkan tim SKP dan petugas terkait dalam proses distribusi serta pengumpulan, kuesioner dapat sampai ke responden yang tepat dan hasil yang diperoleh lebih representatif. Dampaknya, data yang terkumpul menjadi lebih valid, dapat dipertanggungjawabkan, dan bermanfaat sebagai dasar pengambilan keputusan untuk meningkatkan keselamatan pengunjung maupun petugas.
--	--

a. Tabel Pelaksanaan Aktualisasi

Judul Kegiatan 3	Evaluasi dari Kegiatan
Tanggal Kegiatan	2 – 4 Oktober 2025
Daftar Lampiran Bukti Kegiatan/ <i>Evidence</i>	1. Menilai apakah area risiko sudah ditandai dengan baik dan SOP sudah dipahami serta dijalankan. 2. Melaksanakan rapat dengan tim skp. 3. Membuat Laporan Evaluasi Kegiatan
Uraian Kegiatan yang dilaksanakan	
Nilai Dasar BerAKHLAK yang Melandasi	Tahapan Kegiatan 1 : Menilai apakah area risiko sudah ditandai dengan baik dan SOP sudah dipahami serta dijalankan 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika penulis melakukan penilaian, langkah pertama yang dilakukan adalah memastikan area yang memiliki potensi risiko sudah ditandai dengan jelas dan mudah dikenali oleh setiap petugas maupun pihak yang berkepentingan. Penulis kemudian memperhatikan apakah SOP yang berlaku sudah benar-benar dipahami,

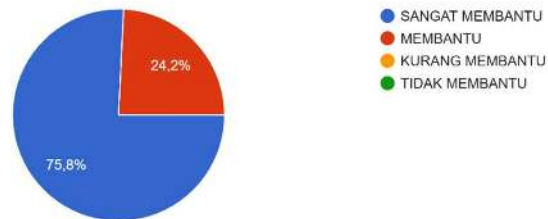
	tidak hanya sebatas diketahui, tetapi juga dijalankan dengan baik dalam kegiatan sehari-hari. Proses penilaian ini dilakukan bukan hanya sebagai bentuk evaluasi rutin, melainkan sebagai upaya untuk melihat apakah penerapan tanda risiko dan SOP tersebut sudah memberikan dampak positif terhadap mutu pelayanan. Dengan cara ini, penulis berharap hasil evaluasi dapat mendorong terciptanya pelayanan yang lebih tertata, lebih aman, serta meningkatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama. 2. Akuntabel : Ketika penulis melakukan penilaian terhadap area risiko dan penerapan SOP, setiap hasil evaluasi didokumentasikan dengan jelas dan runtut. Penulis berusaha menyajikan data dan temuan secara transparan, sehingga dapat dipahami oleh pihak terkait tanpa ada yang disembunyikan. Dokumentasi ini disusun sedemikian rupa agar mudah ditelusuri kembali apabila diperlukan, sehingga hasil evaluasi bukan hanya menjadi catatan, tetapi juga bukti yang dapat dipertanggungjawabkan. Dengan cara ini, penulis memastikan bahwa setiap langkah evaluasi memiliki dasar yang kuat dan mendukung peningkatan mutu pelayanan serta keselamatan pasien. 3. Kompeten : Ketika penulis melakukan penilaian terhadap area risiko dan pelaksanaan SOP, data yang diperoleh tidak hanya dicatat tetapi juga dianalisis secara cermat. Penulis berusaha melihat pola dari temuan yang ada, menilai bagian mana yang sudah berjalan baik serta aspek apa yang masih perlu ditingkatkan. Dari hasil analisis tersebut, penulis kemudian menyusun rekomendasi perbaikan yang relevan dan dapat diterapkan oleh petugas. Dengan demikian, evaluasi yang dilakukan tidak hanya berhenti pada identifikasi masalah, tetapi juga memberikan arahan yang jelas untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Tahapan Kegiatan 2 : Melaksanakan rapat dengan tim skp. 1. Harmonis : Ketika penulis melaksanakan rapat dengan tim SKP, penulis berusaha melibatkan seluruh anggota tim agar dapat menyampaikan pendapat secara terbuka. Suasana rapat dijaga tetap kondusif melalui sikap saling menghormati dan komunikasi yang baik, sehingga diskusi dapat berjalan lancar dan menghasilkan pemahaman bersama tanpa menimbulkan konflik. 2. Adaptif : Ketika penulis melaksanakan rapat dengan tim SKP, penulis tidak hanya menyampaikan hasil yang telah diperoleh,
--	---

	tetapi juga terbuka terhadap berbagai masukan dari anggota tim. Setiap saran maupun rekomendasi perbaikan dipertimbangkan dengan menyesuaikan kondisi nyata di lapangan. Dengan sikap terbuka ini, penulis berupaya agar keputusan yang diambil lebih realistis, dapat dijalankan dengan baik, serta benar-benar mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. 3. Kolaboratif : Ketika penulis melaksanakan rapat dengan tim SKP, penulis tidak hanya mendengarkan masukan dari anggota tim, tetapi juga mendorong agar setiap ide dapat dipadukan menjadi satu kesepakatan bersama. Dari proses diskusi tersebut, tim bersama-sama menyusun langkah tindak lanjut yang dapat dijalankan secara nyata. Hasil yang dicapai merupakan buah kerja kolektif, sehingga solusi yang dirumuskan lebih kuat dan berpeluang besar untuk mendukung keberlanjutan program peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Tahapan Kegiatan 3 : Membuat Laporan Evaluasi Kegiatan. 1. Berorientasi Pelayanan : Ketika penulis menyusun laporan aktualisasi Latsar, penulis terlebih dahulu berkonsultasi dengan mentor pada waktu yang tepat agar tidak mengganggu. Konsultasi ini dilakukan untuk memperoleh arahan dan masukan sehingga laporan dapat tersusun dengan lebih baik dan sesuai ketentuan. 2. Akuntabel : Ketika penulis menyusun laporan Evaluasi Kegiatan, setiap data dan informasi kegiatan dicatat secara lengkap serta disajikan dengan bahasa yang jelas agar mudah dipahami. Penulis memastikan laporan tidak hanya memuat hasil kegiatan, tetapi juga menjelaskan proses yang dilalui sehingga lebih transparan. Seluruh isi laporan disusun berdasarkan bukti yang dapat ditelusuri kembali, sehingga kebenarannya dapat dipertanggungjawabkan. Dengan demikian, laporan evaluasi kegiatan yaitu aktualisasi yang dihasilkan benar-benar mencerminkan pelaksanaan kegiatan secara nyata dan dapat menjadi dasar yang kuat untuk evaluasi serta peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. 3. Kompeten : Ketika penulis menyusun laporan aktualisasi, penulis memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh selama pelatihan untuk merancang laporan secara sistematis. Setiap bagian laporan disusun sesuai dengan pedoman Latsar, sehingga alurnya runtut dan mudah
--	--

	dipahami. Selain itu, isi laporan tidak hanya menggambarkan hasil kegiatan, tetapi juga memuat analisis yang dapat digunakan sebagai bahan evaluasi. Dengan cara ini, laporan yang dihasilkan tidak hanya berfungsi sebagai dokumen pelengkap, melainkan juga menjadi sarana pembelajaran yang bermanfaat untuk perbaikan kinerja di masa mendatang.																																		
Teknik Aktualisasi yang Dipergunakan dan Bukti Fisik Kegiatan/Evidence	1. Menilai apakah area risiko sudah ditandai dengan baik dan SOP sudah dipahami serta dijalankan. Kategori Responden 66 jawaban  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori Responden</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pegawai IGD Rumah Sakit Bukit Kerman</td> <td>13,6%</td> </tr> <tr> <td>Pegawai Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Bukit Kerman</td> <td>62,1%</td> </tr> <tr> <td>Pasien/Pengunjung Rumah Sakit Bukit Kerman</td> <td>30,3%</td> </tr> <tr> <td>Petugas Kebersihan Rumah Sakit Bukit Kerman</td> <td>15,2%</td> </tr> <tr> <td>Petugas Keamanan Rumah Sakit Bukit Kerman</td> <td>9,1%</td> </tr> </tbody> </table> Usia Responden 66 jawaban  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Usia Responden</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kurang dari 20 tahun</td> <td>30,3%</td> </tr> <tr> <td>20-30 tahun</td> <td>66,7%</td> </tr> <tr> <td>31-40 tahun</td> <td>3,3%</td> </tr> <tr> <td>lebih dari 40 tahun</td> <td>0,7%</td> </tr> </tbody> </table> Jenis Kelamin Responden 66 jawaban  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jenis Kelamin Responden</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Laki-laki</td> <td>21,2%</td> </tr> <tr> <td>Perempuan</td> <td>78,8%</td> </tr> </tbody> </table> Apakah Anda melihat adanya label penanda area risiko tinggi di IGD maupun poli rawat jalan ? 66 jawaban  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jawaban</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IYA</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>TIDAK</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Kategori Responden	Persentase	Pegawai IGD Rumah Sakit Bukit Kerman	13,6%	Pegawai Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Bukit Kerman	62,1%	Pasien/Pengunjung Rumah Sakit Bukit Kerman	30,3%	Petugas Kebersihan Rumah Sakit Bukit Kerman	15,2%	Petugas Keamanan Rumah Sakit Bukit Kerman	9,1%	Usia Responden	Persentase	kurang dari 20 tahun	30,3%	20-30 tahun	66,7%	31-40 tahun	3,3%	lebih dari 40 tahun	0,7%	Jenis Kelamin Responden	Persentase	Laki-laki	21,2%	Perempuan	78,8%	Jawaban	Persentase	IYA	100%	TIDAK	0%
Kategori Responden	Persentase																																		
Pegawai IGD Rumah Sakit Bukit Kerman	13,6%																																		
Pegawai Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Bukit Kerman	62,1%																																		
Pasien/Pengunjung Rumah Sakit Bukit Kerman	30,3%																																		
Petugas Kebersihan Rumah Sakit Bukit Kerman	15,2%																																		
Petugas Keamanan Rumah Sakit Bukit Kerman	9,1%																																		
Usia Responden	Persentase																																		
kurang dari 20 tahun	30,3%																																		
20-30 tahun	66,7%																																		
31-40 tahun	3,3%																																		
lebih dari 40 tahun	0,7%																																		
Jenis Kelamin Responden	Persentase																																		
Laki-laki	21,2%																																		
Perempuan	78,8%																																		
Jawaban	Persentase																																		
IYA	100%																																		
TIDAK	0%																																		

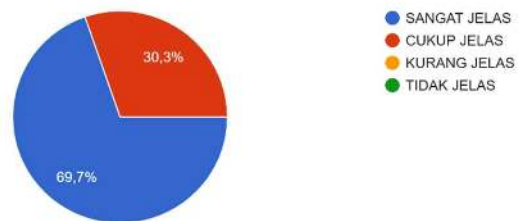
Apakah label ini membantu meningkatkan kewaspadaan Anda saat berada di area rumah sakit?

66 jawaban



Menurut Anda, apakah label tersebut mudah terlihat & terbaca ?

66 jawaban



Apakah Anda memahami arti atau maksud dari label tersebut ?

66 jawaban



Apa saran Anda untuk meningkatkan efektivitas label penanda di rumah sakit ini?

66 jawaban

-

-

tidak ada

0

sangat bagus sudah

Semoga untuk kedepan agar dapat mempertahankan label penanda resiko

Pertahankan

sudah oke dan keren

Penjelasanya sudah bagus

Apa saran Anda untuk meningkatkan efektivitas label penanda di rumah sakit ini?

66 jawaban

Penjelasanya sudah bagus

O

banyakin ditempat yang lain

Lebel sudah baik dan mudah di mengerti .

terima kasih sudah di kasih tahu

sudah oke semua

semoga lebih baik lagi

kasih tau satu satu artinya

sangat membantu kami

Apa saran Anda untuk meningkatkan efektivitas label penanda di rumah sakit ini?

66 jawaban

lain

sudah sesuai petunjuknya

Kedepanny agar lebih baik lagi dari RS yg lain

sudah bagus sekali

ditingkatkan lagi

sudah baik dan bagus

sangat membantu

semoga lebih baik

sudah sangat bagus yang ada saat ini

Apa saran Anda untuk meningkatkan efektivitas label penanda di rumah sakit ini?

66 jawaban

sudah sangat bagus yang ada saat ini

sudah cukup bagus

Ditingkatkan lagi label penanda

sudah baik

Semoga kedepan bisa mempertahankan penanda label tersebut..terimakasih

sangat perlu

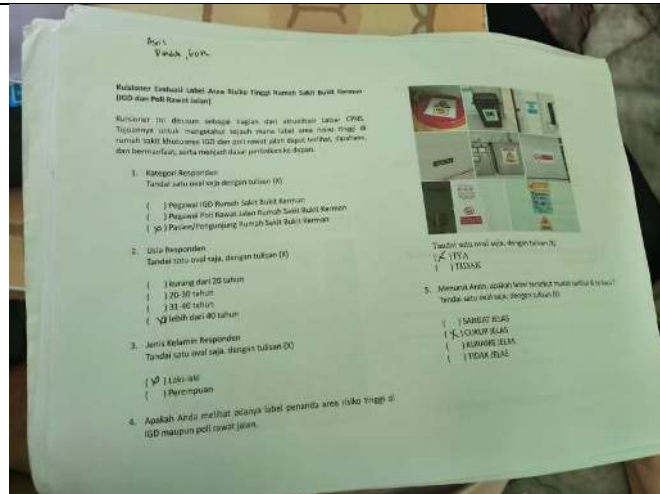
Saya rasa sudah bagus dan mudah dipahami untuk label penanda sekarang

supaya kita tau yang bahaya untuk kita

diharapkan untuk penanda di ruangan lain juga ada

	Apa saran Anda untuk meningkatkan efektivitas label penanda di rumah sakit ini? 66 jawaban Saya rasa sudah bagus dan mudah dipahami untuk label penanda sekarang supaya kita tau yang bahaya untuk kita diharapkan untuk penanda di ruangan lain juga ada label sudah sangat bagus Sangat membantu dan mudah dipahami label pada rumah sakit Banyakin kasih ini di semua tempat Semoga setiap tahun ada perubahan sudah sesuai oke lebih ditingkat lagi Apa saran Anda untuk meningkatkan efektivitas label penanda di rumah sakit ini? 66 jawaban Banyakin kasih ini di semua tempat Semoga setiap tahun ada perubahan sudah sesuai oke lebih ditingkat lagi sudah baik dan bagus terima kasih dibuat banyak lagi dari depan sampai sini Baik Labelnya di perbanyak di area parkir 66 jawaban semoga program penanda ini terus berlanjut Bagus sekali Bagusss supaya lebih baik lagi terima kasih sudah diingatkan sangat membantu sekali sudah Pertahankan labelnya dan Semoga dengan adanya label penanda dapat meningkatkan kewaspadaan sudah baik dan perlu di jaga bersama perlu di buat lagi yang lebih banyak
--	---

Gambar 1. Rekapitulasi Evaluasi melalui google form



Gambar 2. Rekapitulasi Kuisiener Fisik Evaluasi

2. Melaksanakan rapat dengan tim skp.



Gambar 3. Penulis berdiskusi dengan Tim SKP

3. Membuat Laporan Evaluasi Kegiatan



Gambar 4. Penulis Membuat Laporan Kegiatan



Gambar 5. Penulis Konsultasi dengan Mentor

Deskripsi Proses
dan Kualitas Produk
Kegiatan

Tahapan Kegiatan 1 : Menilai apakah area risiko sudah ditandai dengan baik dan SOP sudah dipahami serta dijalankan.

Pada 02 Oktober 2025, Penulis melakukan rekapitulasi kuisioner baik melalui digital google form maupun kuisioner fisik. Hasil yang didapatkan selama satu minggu melakukan pembagian kuisioner yaitu dari tanggal 25 September sampai dengan 02 Oktober 2025 dengan rincian sebagai berikut : 41 responden petugas

	kesehatan ruangan instalasi rawat jalan, 9 responden petugas kesehatan igd, 10 responden petugas kebersihan serta 6 responden petugas keamanan rumah sakit melalui kuisioner digital google form dan 26 responden dengan kuisioner fisik yaitu pasien atau pengunjung rumah sakit. Responden laki-laki sebanyak 19 orang dan perempuan 73 orang dengan rentang usia 31-40 tahun ada 26 orang, lebih dari 40 tahun ada 18 orang, dan diusia 21-30 tahun ada 47. Petugas kesehatan di instalasi rawat jalan sebanyak 41 orang, petugas kesehatan di instalasi gawat darurat sebanyak 9 orang, petugas kebersihan sebanyak 10 orang, petugas keamanan sebanyak 6 orang, serta pasien sebanyak 6 orang. Responden menyatakan 100 % melihat adanya penandaan label area risiko tinggi di rumah sakit. Untuk kejelasan dan keterlihatan bacaan ada 39 orang menyatakan cukup jelas dan 53 orang menyatakan sangat jelas. Untuk keahaman maksud label ada 39 orang yang menyatakan sangat paham dan 53 orang cukup paham. Untuk kewaspadaan di area rumah sakit ada 58 orang menyatakan sangat membantu dan 34 orang menyatakan membantu. Adapun untuk saran efektivitas label menyatakan di tingkatkan kembali dan ditambahkan untuk area atau ruangan lain yang ada di rumah sakit. Kualitas Produk : Rekapitulasi evaluasi baik melalui digital google form maupun kuisioner fisik. Tahapan Kegiatan 2 : Melaksanakan rapat dengan tim skp. Pada tanggal 04 Oktober 2025, Penulis melaksanakan rapat dengan tim SKP. Rapat dilakukan dalam rangka membahas evaluasi hasil kuisioner baik melalui digital google form maupun kuisioner fisik. Penulis mengajak tim untuk aktif berdiskusi agar tujuan perbaikan tercapai untuk kedepannya. Penulis dan tim sepakat bahwa untuk pemasangan label akan dilanjutkan untuk di ruangan lain serta akan memetakan kembali lokasi atau ruangan yang membutuhkan pemasangan label area risiko tinggi, sesuai dengan hasil saran dari kuisioner tersebut. Hal ini bertujuan agar tercapainya keselamatan pasien, pengunjung maupun petugas yang berada di area rumah sakit dan menjadikan rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan yang aman.
--	---

	Kualitas Produk : Terdapatnya hasil rapat dengan tim SKP dan perencanaan lanjutan kegiatan. Tahapan Kegiatan 3 : Membuat Laporan Evaluasi Kegiatan Pada tanggal 04 Oktober 2025, Penulis membuat laporan evaluasi kegiatan berupa laporan aktualisasi dengan mengubah isi rancangan aktualisasi. Laporan tersebut ditambahkan dengan pengisian bab 4 dan 5 serta lampiran. Pengerjaan laporan tersebut penulis lakukan dengan melihat panduan teknis aktualisasi latsar yang telah diberikan oleh coach di kelompok penulis. Setelah mengerjakan laporan, penulis melanjutkan dengan berkonsultasi dengan mentor di rumah sakit dan melakukan revisi jika ada perbaikan kembali. Setelah itu penulis meminta tanda tangan lembar persetujuan laporan aktualisasi dengan mentor dan mencetaknya untuk dibawa ke kegiatan klasikal nanti. Kualitas Produk : Laporan akhir aktualisasi
Manfaat Kegiatan Terhadap Pencapaian Visi, Misi, dan Tugas Organisasi	Kegiatan evaluasi sesuai dengan Misi RSUD Bukit Kerman poin a yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dengan mengutamakan keselamatan pasien.
Analisis Dampak	Tahapan Kegiatan 1 : Menilai apakah area risiko sudah tertandai dengan baik dan SOP sudah dipahami serta dijalankan 1. Berorientasi Pelayanan : Jika penulis menilai area risiko sudah tertandai dengan baik serta memastikan SOP benar-benar dipahami dan dijalankan, maka hasil evaluasi dapat menjadi dasar perbaikan yang berkelanjutan. Namun, apabila hal ini tidak diperhatikan secara sungguh-sungguh, kegiatan evaluasi hanya akan menjadi formalitas tanpa membawa perubahan. Akibatnya, mutu pelayanan tidak meningkat dan potensi risiko terhadap keselamatan pasien masih bisa terjadi. Dengan adanya evaluasi yang serius dan ditindaklanjuti, mutu pelayanan dapat terus ditingkatkan dan keselamatan pasien lebih terjamin. 2. Akuntabel : Jika penulis tidak mendokumentasikan hasil evaluasi secara transparan dan dapat dipertanggungjawabkan, maka informasi penting mengenai kondisi area risiko dan

	pelaksanaan SOP bisa hilang atau tidak tercatat dengan jelas. Hal ini akan menyulitkan proses tindak lanjut, menimbulkan keraguan terhadap keakuratan hasil evaluasi, serta melemahkan dasar pertanggungjawaban apabila terjadi masalah dalam mutu pelayanan maupun keselamatan pasien. 3. Kompeten : Jika penulis tidak menganalisis data dari hasil penilaian area risiko dan kepatuhan SOP serta tidak memberikan rekomendasi perbaikan yang tepat, maka hasil evaluasi tidak dapat dimanfaatkan sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan. Akibatnya, kelemahan dalam penandaan area risiko maupun pelaksanaan SOP akan terus berulang tanpa solusi, sehingga mutu pelayanan tidak meningkat dan keselamatan pasien tetap terancam. Tahapan Kegiatan 2 : Melaksanakan rapat dengan tim skp. 1. Harmonis : Jika Penulis tidak melibatkan seluruh pihak terkait melalui diskusi dan kerja sama yang baik, maka evaluasi berisiko tidak menyeluruh, menimbulkan miskomunikasi, serta mengurangi kekompakan tim. Sebaliknya, dengan melibatkan semua pihak dalam suasana harmonis, rapat evaluasi dapat menghasilkan masukan yang komprehensif, memperkuat hubungan kerja, dan mendukung perbaikan berkelanjutan dalam penerapan SOP dan pemasangan label. 2. Adaptif : Jika Penulis tidak terbuka dengan rekomendasi perbaikan berdasarkan masukan dan kondisi lapangan, maka hasil evaluasi berisiko tidak relevan, sulit diterapkan, dan menghambat peningkatan mutu. Sebaliknya, dengan bersikap terbuka terhadap rekomendasi tersebut, Penulis mampu menyesuaikan penerapan SOP dengan kebutuhan nyata di lapangan, mendorong inovasi, serta memastikan perbaikan berjalan lebih efektif dan berkesinambungan. 3. Kolaboratif : Jika Penulis tidak mengajak berbagai unit dan pihak untuk merumuskan solusi bersama, maka program berisiko berjalan parsial, kurang mendapat dukungan, serta sulit berlanjut dalam jangka panjang. Sebaliknya, dengan melibatkan beragam pihak, solusi yang dihasilkan menjadi lebih komprehensif, mendapat legitimasi bersama, dan mendukung keberlanjutan program secara efektif serta konsisten. Tahapan Kegiatan 3 : Membuat Laporan Evaluasi Kegiatan. 1. Akuntabel : Jika Penulis tidak menyusun laporan aktualisasi dengan memperhatikan prinsip akuntabilitas, maka laporan
--	--

	berisiko tidak lengkap, data sulit diverifikasi, serta hasil kegiatan tidak dapat dipertanggungjawabkan. Hal ini dapat mengurangi kepercayaan terhadap proses evaluasi dan melemahkan dasar pengambilan keputusan. Sebaliknya, dengan menyajikan data dan informasi kegiatan secara jelas, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan, laporan menjadi lebih transparan, valid, serta bermanfaat sebagai acuan peningkatan program dan keberlanjutan kegiatan. 2. Kompeten : Jika Penulis tidak memanfaatkan pengetahuan yang diperoleh selama pelatihan, maka laporan berisiko disusun secara tidak sistematis, menyimpang dari pedoman Latsar, dan kurang bermanfaat sebagai bahan evaluasi. Hal ini dapat melemahkan upaya perbaikan kinerja ke depan. Sebaliknya, dengan menerapkan pengetahuan yang dimiliki untuk merancang laporan yang sistematis, sesuai pedoman, dan relevan dengan kebutuhan, laporan dapat menjadi instrumen evaluasi yang tepat sekaligus acuan untuk peningkatan kinerja berkelanjutan.
--	--

b. Catatan Pengendalian Aktualisasi oleh Mentor

Nama Peserta		: Zahratirizka, S.Ftr.,Ftr		
Satuan Kerja		: RSUD Bukit Kerman		
Tempat Aktualisasi		: RSUD Bukit Kerman (IGD dan Instalasi Rawat Jalan)		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/output	Paraf Mentor
1	Sabtu, 04 Oktober 2025	Perbaikan bab kesimpulan.	Laporan mingguan ke-5	4



PEMERINTAH KABUPATEN KERINCI
DINAS KESEHATAN
RSUD KELAS D BUKIT KERMAN

Desa Pondok, Kecamatan Bukit Kerman, Kode Pos: 37176

Website : <https://rsudbukitkerman.kerincikab.go.id>

e-mail: rsubukitkerman@gmail.com



LEMBAR PERSETUJUAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

Nomor : 800/ 285 /RSUD-BK/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. H. SYAFRIAL

NIP : 19700416 200112 1 002

Pangkat/Golongan : Pembina Utama Muda / IV c

Jabatan : Plt. Direktur RSUD Kelas D Bukit Kerman

Memberikan Izin Kepada Peserta Pelatihan Dasar Calon Pegawai Negeri Sipil Pemerintah Kabupaten Kerinci Tahun 2025 untuk melaksanakan kegiatan aktualisasi di Lingkup RSUD Kelas D Bukit Kerman Kabupaten Kerinci (Daftar nama terlampir).

Pelaksanaan kegiatan aktualisasi ini dimulai pada:

1. Gelombang 1 Tanggal 01 September 2025 - 04 Oktober 2025
2. Gelombang 2 Tanggal 10 September 2025 – 17 Oktober 2025
3. Gelombang 3 Tanggal 10 September 2025 – 17 Oktober 2025

Bukit Kerman, 02 September 2025

Plt. Direktur RSUD Kelas D Bukit Kerman



dr. H. SYAFRIAL

Pembina Utama Muda / IV c

NIP. 19700416 200112 1 002

DAFTAR NAMA CPNS LINGKUP RSUD KELAS D BUKIT KERMEN YANG MELAKSANAKAN AKTUALISASI

NO	NAMA	NIP	JABATAN	GOLONGAN	ANGKATAN
1	FREGITA UTARI, Amd.Keb	199202212025052001	BIDAN TERAMPIL	1	VII
2	INES SANTIA, A.Md.Kep	199811242025052001	PERAWAT TERAMPIL	1	VII
3	ZELLA PATMI HERLISA, S.Tr.Keb	199210312025052001	BIDAN AHLI PERTAMA	1	VII
4	ADE IRAWAN, A.Md.Kep	199801112025051001	PERAWAT TERAMPIL	1	VIII
5	BELLA ALTIA, A.Md.Kes.(Rad.)	200107272025052001	RADIOGRAFER TERAMPIL	1	VIII
6	BINTARI AINI, A.Md.Kep	199711092025052002	PERAWAT TERAMPIL	1	VIII
7	CHIKA KEJORA, A.Md.Kep	200208062025052001	PERAWAT TERAMPIL	1	VIII
8	DWI NURUL AGUSTIN, A.Md.Kep	200108272025052002	PERAWAT TERAMPIL	1	VIII
9	LENY ANA PERA, A.Md.Kep	200312042025052001	PERAWAT TERAMPIL	1	VIII
10	Ns. NELVI PUTRI, S.Kep	199710272025052002	PERAWAT AHLI PERTAMA	1	IX
11	NOVISYA SALMA MAHFUD, S.Tr.Kes	199911202025052003	RADIOGRAFER AHLI PERTAMA	1	IX
12	FEBY SEPTANIA PUTRI, S.Tr.Keb, Bdn	200009032025052001	BIDAN AHLI PERTAMA	1	X
13	Ns. HERNANDA DWI DINATA, S.Kep	199312092025051002	PERAWAT AHLI PERTAMA	1	X
14	ZAHRATIRIZKA, S. Ftr., Ftr	199710082025052001	FISIOTERAPIS AHLI PERTAMA	1	X
15	ANDINI EKA HERMIANTI, AMd.Kep	200104232025052003	PERAWAT TERAMPIL	2	XI
16	MUTIA WULANDARI, A.md.Keb	199509022025052001	BIDAN TERAMPIL	2	XI
17	NELSA ANGGALIA, A.Md. Kep	199401182025052002	PERAWAT TERAMPIL	2	XI
18	NICKI PUTRI SAHWENI, A.md.Keb	199007042025052001	BIDAN TERAMPIL	2	XI
19	QAYUMI OKTAVIANI, A.Md.Kes.(Rad)	199810222025052002	RADIOGRAFER TERAMPIL	2	XI
20	SAIPUL.S, A.Md.Ft	199512122025051001	FISIOTERAPIS TERAMPIL	2	XI
21	SINDI SISKI AISAH, A.Md.Farm	200211152025052001	ASISTEN APOTEKER TERAMPIL	2	XI
22	SOFIA MARLINDA, A.Md.Keb	199103232025052001	BIDAN TERAMPIL	2	XI
23	TRI NOVI SILVIANA, Amd.Keb	199003082025052001	BIDAN TERAMPIL	2	XI
24	Apt. VISKA ATIKA PUTRI, S. Farm	199708222025052001	APOTEKER AHLI PERTAMA	2	XII
25	dr. FEBRIYAN EDM	199002182025051001	DOKTER AHLI PERTAMA - DOKTER (UMUM)	2	XII
26	ELSA HARMA FEBRINA, S.Tr.Keb	199702122025052001	BIDAN AHLI PERTAMA	2	XII
27	RISA TIFA SIFA PUTRI, S.Ftr., Ftr	199610242025052001	FISIOTERAPIS AHLI PERTAMA	2	XII
28	MOHD. IKBAL, S.Tr.Kes	199907122025051001	TENAGA SANITASI LINGKUNGAN AHLI PERTAMA	2	VIII
29	Ns. ALDA AFRILA GANI, S.Kep	200004242025052004	PERAWAT AHLI PERTAMA	2	XIV
30	UMI KALSUM, S.Tr.Keb	199602032025052002	BIDAN AHLI PERTAMA	2	XIV
31	ANA LADYTA SAMARIA HASNI. N, S.Tr.Kes	199907132025052001	TERAPIS GIGI DAN MULUT AHLI PERTAMA	2	XV
32	Ns. ANNISA RIZKI FADILA, S.Kep	199608012025052002	PERAWAT AHLI PERTAMA	2	XV
33	Ns. ARISKA OKTAVERA, S.Kep	199810262025052001	PERAWAT AHLI PERTAMA	2	XV



**PEMERINTAH KABUPATEN KERINCI
DINAS KESEHATAN
RSUD KELAS D BUKIT KERMAN**



Desa Pondok, Kecamatan Bukit Kerman, Kode Pos: 37176

Website : <https://rsudbukitkerman.kerincikab.go.id>

e-mail: rsubukitkerman@gmail.com

LEMBAR PERSETUJUAN PELAKSANAAN AKTUALISASI

NOMOR : 800 / 266 / RSUD - BK / 2025

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sandra Cassia Amanda, S.Kep., Ners, M. Kep.
NIP : 19920822201903210
Pangkat/Golongan : Penata Muda Tk.I/III.b
Jabatan : Kasi Penunjang Non Medik

Memberikan izin kegiatan aktualisasi kepada :

Nama : Zahratirizka, S.Ftr., Ftr
NIP : 199710082025052001
Pangkat/Golongan : Penata Muda/IIIa
Jabatan : Fisioterapis Ahli Pertama
Unit Kerja : RSUD Bukit Kerman

Untuk melaksanakan kegiatan aktualisasi sesuai dengan rancangan aktualisasi peserta, yang telah diseminarkan pada tanggal 29 Agustus 2025 dengan judul "Optimalisasi Penandaan Area Berisiko Tinggi Melalui Penerapan SOP dan Pemasangan Tanda Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman". Pelaksanaan kegiatan aktualisasi mulai tanggal 30 Agustus 2025 – 04 Oktober 2025.

Bukit Kerman, 01 September 2025

Mentor Latsar

Sandra Cassia Amanda, S.Kep., Ners, M. Kep.
19920822201903210



PEMERINTAH KABUPATEN KERINCI
DINAS KESEHATAN
RSUD KELAS D BUKIT KERMAN

Desa Pondok, Kecamatan Bukit Kerman, Kode Pos: 37176

Website : <https://rsudbukitkerman.kerincikab.go.id>

e-mail: rsubukitkerman@gmail.com



Perihal : Permohonan izin pelaksanaan
Aktualisasi

Bukit Kerman, 13 September 2025
Kepada Yth.
Ketua Bidang Manajemen
Fasilitas dan Keselamatan
Di-
Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zahratirizka, S.Ftr.,Ftr
NIP : 199710082025052001
Jabatan : Fisioterapis Ahli Pertama

Berdasarkan ketentuan pelaksanaan aktualisasi sebagai bagian dari Pelatihan Dasar Calon Pegawai Negeri Sipil (Latsar CPNS), bersama ini saya mengajukan permohonan izin untuk melaksanakan kegiatan aktualisasi ini bekerja sama dengan tim akreditasi bidang manajemen fasilitas dan keselamatan pada ruang lingkup IGD dan Instalasi Rawat Jalan RSUD Bukit Kerman.

Adapun judul aktualisasi yang saya ajukan adalah :

"Optimalisasi Penandaan Area Berisiko Tinggi Melalui Penerapan SOP dan Pemasangan Tanda Area Berisiko Tinggi di RSUD Bukit Kerman", yang akan dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Senin, 01 September s.d Sabtu 04 Oktober 2025
Tempat : Ruang IGD dan Instalasi Rawat Jalan RSUD Bukit Kerman

Demikian permohonan ini saya sampaikan. Atas perhatian dan izin yang diberikan, saya ucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Ketua Bidang Manajemen Fasilitas
dan Keselamatan RSUD Bukit Kerman

Mohd. Ikbal, STr.Kes
NIP. 199907122025051001

Bukit Kerman, 13 September 2025
Hormat saya,

Zahratirizka, S.Ftr.,Ftr
NIP. 199710082025052001



**RSUD KELAS D
BUKIT KERMAN**

SPO

PROSEDUR PENANDAAN AREA RESIKO TINGGI

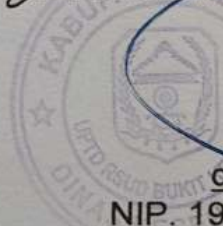
No Dokumen:
800/01/KSR/2025

No Revisi:
00

Halaman :
1 dari 3

Tanggal terbit :
06 September
2025

Ditetapkan,
Plt Direktur RSUD Bukit Kerman



dr. Syafrial
NIP. 197004162001121002

Pengertian

Penandaan area risiko tinggi di rumah sakit adalah kegiatan untuk mengidentifikasi dan menandai area-area di rumah sakit yang memiliki potensi risiko tinggi terhadap keselamatan pasien, staf, ataupun pengunjung.

Tujuan

1. Memberikan pedoman bagi seluruh unit kerja dalam melakukan penandaan area berisiko tinggi
2. Untuk meningkatkan keselamatan pasien, pengunjung, dan tenaga kesehatan.

Kebijakan

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
2. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit.

Prosedur

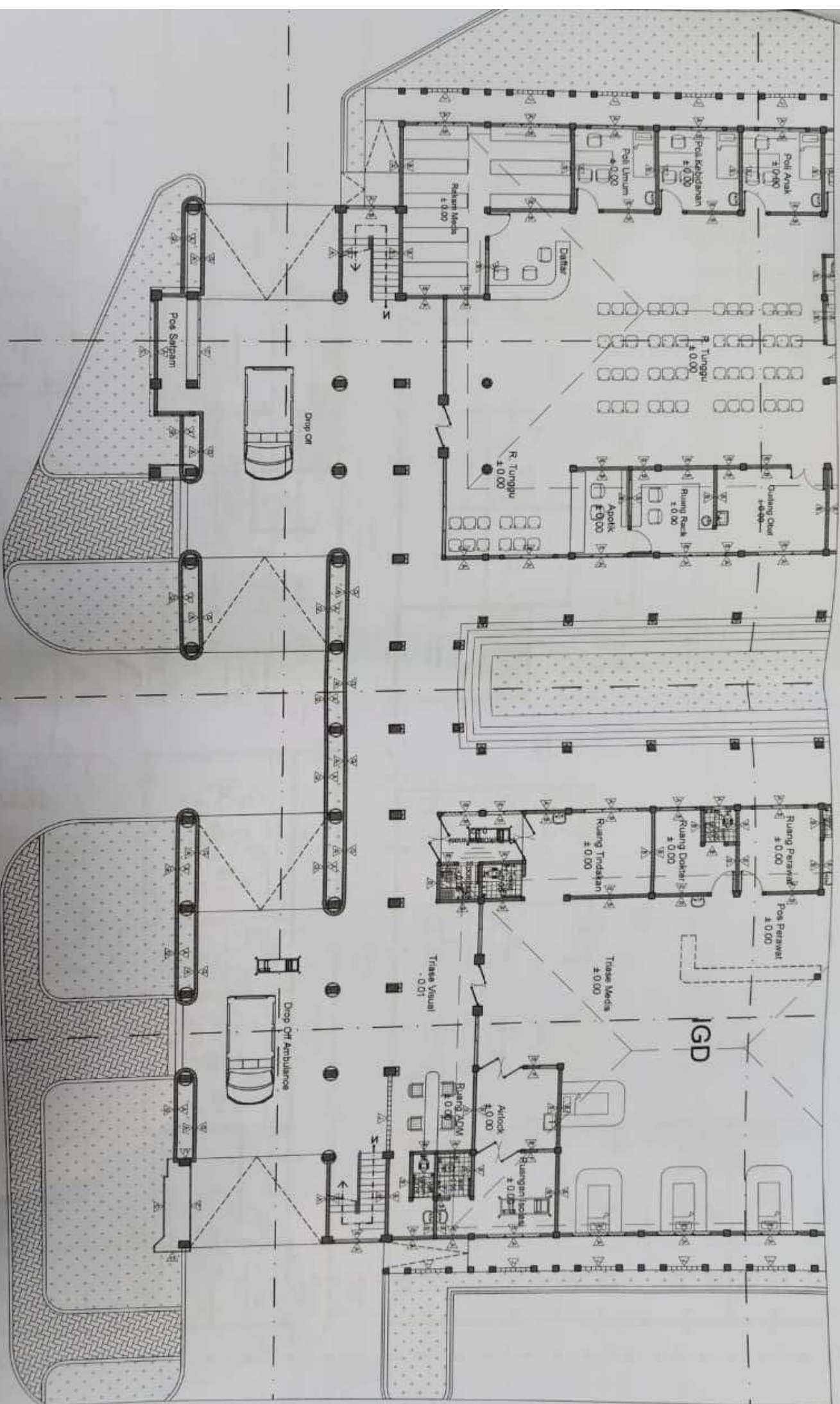
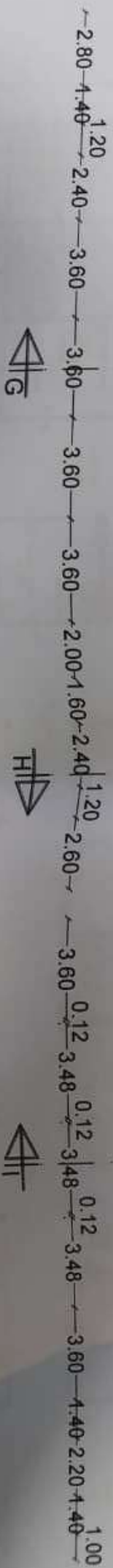
1. Mengidentifikasi area yang berisiko tinggi di lingkungan rumah sakit.
2. Setelah area ditetapkan, dilakukan pemilihan rambu sesuai potensi bahaya dengan standar warna dan lambang sebagai berikut :
 - a. Rambu Larangan → warna dasar merah berbentuk lingkaran dengan garis miring. Contoh:  dilarang masuk.
 - b. Rambu Peringatan → warna dasar kuning berbentuk segitiga dengan simbol hitam. Contoh:  hati-hati lantai licin atau bahaya radiasi.
 - c. Rambu Wajib → warna dasar biru berbentuk lingkaran dengan simbol putih. Contoh:  wajib memakai APD.

Prosedur	d. Rambu Darurat → warna dasar hijau berbentuk persegi dengan simbol putih. Contoh:  jalur evakuasi dan titik kumpul. e. Rambu Kebakaran → warna dasar merah berbentuk persegi dengan simbol putih. Contoh:   alat pemadam api/APAR. 3. Ukuran huruf dan simbol harus disesuaikan dengan jarak pandang. a. Tinggi Huruf satuannya inci yang direkomendasikan untuk Kondisi Membaca yang Baik: 1) Jarak Pandang ≤ 2 kaki (ft) → Tinggi huruf = Jarak pandang (inci) $\div 150$ 2) Jarak Pandang > 2 s.d. 20 kaki(ft) → Tinggi huruf = $[(\text{Jarak pandang (ft)} - 2) \times 0,03] + 0,16$ 3) Jarak Pandang > 20 kaki (ft) → Tinggi huruf = Jarak pandang (ft) $\div 28,6$ b. Tinggi Huruf yang direkomendasikan untuk Kondisi Membaca yang Kurang Baik (semua jarak): 1) Tinggi huruf = Jarak pandang (ft) $\times 0,084$ c. Tinggi Simbol atau Lambang $h = D/40$ $h = \text{tinggi lambang (mm)}$ $D = \text{jarak baca (mm)}$ Dengan perhitungan 1 kaki (ft) = 304,8 mm = 30,48 cm = 0,3048 m . Untuk tulisan tanda sinyal ukurannya lebih dari 50% dari isi pesan peringatan. Misal tinggi huruf pesan peringatan yaitu 20 inci, maka tulisan tanda sinyal "BAHAYA" yaitu 30 inci. Perhitungan ukurannya yaitu : Tinggi huruf sinyal → Tinggi Huruf Utama + (50% $\times$ Tinggi Huruf Utama). 4. Rambu dipasang pada posisi strategis, mudah terlihat, tidak terhalang benda, dan diletakkan pada ketinggian 150 cm dari
----------	--

	lantai. Namun untuk jalur evakuasi diletakkan minimal 15 cm dan tidak lebih dari 20 cm di atas lantai 5. Dilakukan pemeriksaan setiap 6 bulan untuk memastikan rambu masih jelas terbaca, tidak pudar, dan tidak rusak. Bila ditemukan kerusakan, rambu segera diganti atau diperbaiki. 6. Setiap kegiatan pemasangan dan pengecekan rambu harus didokumentasikan melalui foto sebelum dan sesudah serta dicatat dalam formulir pemeriksaan berkala. 7. Pelaksanaan penandaan ini menjadi tanggung jawab Tim K3RS atau Tim SKP dengan dukungan pimpinan instansi.
Unit Terkait	1. Instalasi Rawat Jalan 2. Instalasi Gawat Darurat dan Ponsek 3. Instalasi Rawat Inap 4. Radiologi 5. Laboratorium 6. Instalasi Farmasi 7. Ruang Operasi 8. Ruang VK (Ruang Bersalin) 9. Ruang CSSD 10. Ruang Dapur Gizi 11. Ruang Administrasi dan Manajemen 12. Ruang Central Gas Medis 13. Ruang Jenazah 14. Ruang Pengelolaan air bersih, limbah dan sanitasi (IPAL) 15. Ruang Pengelolaan Limbah (B3) 16. IPSRS 17. Gedung Utilitas

Identifikasi Area Risiko Tinggi RSUD Bukit Kerman

No	Ruang	Jenis Risiko	Jenis Kebutuhan Penandaan	Jumlah
1	Instalasi Gawat Darurat	a. Infeksi	a. Penggunaan Masker	1
		b. Limbah	b. Sampah medis dan non medis	1
		c. Bencana	c. Jalur Evakuasi	2
		d. Licin	d. Bahaya Licin	1
		e. Listrik	e. Bahaya Listrik	1
		f. Asap (Depan Koridor IGD dan Rawat Jalan)	f. Larangan Rokok	2
2	Instalasi Rawat Jalan	a. Infeksi	a. Sampah medis dan non medis	Medis (3), non medis (1)
		b. Limbah	b. Jalur Evakuasi	5
		c. Bencana	c. Bahaya Licin	1
		d. Licin	d. Bahaya Listrik	2
		e. Listrik		





SAMPAH NON MEDIS

**SISA MAKANAN,
PLASTIK, KERTAS,
BOTOL, TISU,DLL**



SAMPAH NON MEDIS

**SISA MAKANAN,
PLASTIK, KERTAS,
BOTOL, TISU,DLL**



**SAMPAH
MEDIS**



**SAMPAH
MEDIS**



**DILARANG
MEROKOK**



**HATI-HATI
LANTAI LICIN**



**HATI-HATI
LANTAI LICIN**



**HATI-HATI
LANTAI LICIN**



**HATI-HATI
LANTAI LICIN**



**KAWASAN BEBAS
ASAP ROKOK**



BAHAYA



**LISTRIK
BERTEGANGAN
TINGGI**

PERHATIAN



**AREA
WAJIB MENGGUNAKAN
MASKER**



**JALUR
EVAKUASI**

**JALUR
EVAKUASI**





PEMERINTAH KABUPATEN KERINCI
DINAS KESEHATAN
RSUD KELAS D BUKIT KERMAN

Desa Pondok, Kecamatan Bukit Kerman, Kode Pos: 37176

Website : <https://rsudbukitkerman.kerincikab.go.id>

e-mail : rsubukitkerman@kerincikab.go.id



Bukit Kerman, 17 September
2025

Perihal : Undangan Kolaborasi Pemasangan
Label Area Risiko Tinggi di RSUD Kelas
D Bukit Kerman

Kepada Yth
Tim Manajemen Fasilitas
dan Keselamatan RSUD
Kelas D Bukit Kerman
Di-

Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka mendukung peningkatan keselamatan pasien serta upaya pencegahan risiko di lingkungan rumah sakit, kami berinisiatif untuk melaksanakan kegiatan pemasangan label area risiko tinggi di RSUD Kelas D Bukit Kerman.

Kegiatan ini merupakan bagian dari aktualisasi yang sedang dilaksanakan, sejalan dengan penerapan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) serta Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) Rumah Sakit. Sehubungan dengan hal tersebut, kami mengundang Tim Manajemen Fasilitas dan Keselamatan untuk berkolaborasi dalam kegiatan ini, yang akan dilaksanakan pada:

Hari / Tanggal : Kamis, 18 September 2025
Pukul : 09.00 WIB s/d Selesai
Tempat : IGD dan Instalasi rawat jalan

Demikian surat undangan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan banyak terima kasih.

Hormat Kami,
Peserta Latsar CPNS

Zahratirizka, S.Ftr., Ftr
Penata Muda/ III.a
NIP . 199710082025052001



Kuisisioner Evaluasi Penandaan Area Risiko Tinggi RSUD Bukit Kerman



<https://forms.gle/zMR6Xg6eoLRkSMbx9>

SCAN ME

Link kuisisioner evaluasi : <https://forms.gle/zMR6Xg6eoLRkSMbx9>

Kuisiонер Evaluasi Label Area Risiko Tinggi Rumah Sakit Bukit Kerman (IGD dan Poli Rawat Jalan)

Kuisiонер ini disusun sebagai bagian dari aktualisasi Latsar CPNS. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana label area risiko tinggi di rumah sakit khususnya IGD dan poli rawat jalan dapat terlihat, dipahami, dan bermanfaat, serta menjadi dasar perbaikan ke depan.

1. Kategori Responden

Tandai satu oval saja dengan tulisan (X)

- () Pegawai IGD Rumah Sakit Bukit Kerman
- () Pegawai Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Bukit Kerman
- () Pasien/Pengunjung Rumah Sakit Bukit Kerman
- () Petugas Kebersihan Rumah Sakit Bukit Kerman
- () Petugas Keamanan Rumah Sakit Bukit Kerman

2. Usia Responden

Tandai satu oval saja. dengan tulisan (X)

- () kurang dari 20 tahun
- () 20-30 tahun
- () 31-40 tahun
- () lebih dari 40 tahun

3. Jenis Kelamin Responden

Tandai satu oval saja. dengan tulisan (X)

- () Laki-laki
- () Perempuan



4. Apakah Anda melihat adanya label penanda area risiko tinggi di IGD maupun poli rawat jalan.

Tandai satu oval saja. dengan tulisan (X)

- () IYA
- () TIDAK

5. Menurut Anda, apakah label tersebut mudah terlihat & terbaca ?

Tandai satu oval saja. dengan tulisan (X)

- () SANGAT JELAS
- () CUKUP JELAS
- () KURANG JELAS
- () TIDAK JELAS

6. Apakah Anda memahami arti atau maksud dari label tersebut ?

Tandai satu oval saja. dengan tulisan (X)

- () YA, SANGAT PAHAM
- () CUKUP PAHAM
- () KURANG PAHAM
- () TIDAK PAHAM

7. Apakah label ini membantu meningkatkan kewaspadaan Anda saat berada di area rumah sakit?

Tandai satu oval saja. dengan tulisan (X)

- () SANGAT MEMBANTU
- () MEMBANTU
- () KURANG MEMBANTU
- () TIDAK MEMBANTU

8. Apa saran Anda untuk meningkatkan efektivitas label penanda di rumah sakit ini?



PEMERINTAH KABUPATEN KERINCI
DINAS KESEHATAN
RSUD KELAS D BUKIT KERMAN



Desa Pondok, Kecamatan Bukit Kerman, Kode Pos: 37176

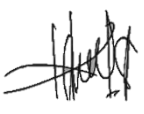
Website : <https://rsudbukitkerman.kerincikab.go.id>

e-mail : rsubukitkerman@kerincikab.go.id

Catatan Hasil Rapat

No	Hari/Tanggal	Catatan
1	Senin, 15 September 2025	1) Penulis, Tim MFK dan SKP sepakat mengikuti SOP yang telah di sahkan oleh Direktur Rumah Sakit. 2) Penulis dan tim sepakat melakukan kegiatan pemasangan penandaan area risiko tinggi pada tanggal 18-19 September 2025. 3) Pemasangan dilakukan pada ruang igd dan instalasi rawat jalan
2	Senin, 22 September 2025	1) Penulis bersama tim terkait melakukan pembuatan indikator uji coba yaitu kuisisioner evaluasi penandaan area risiko tinggi. Kuisisioner di buat pada google form dan kuisisioner fisik. 2) Kuisisioner dibuat dengan sasaran responden petugas kesehatan baik di igd maupun instalasi rawat jalan, petugas kebersihan, petugas keamanan serta pasien maupun pengunjung rumah sakit. 3) Kuisisioner google form dibuat dalam bentuk barcode agar memudahkan untuk diakses dan juga membuat pertanyaan sederhana agar bisa dipahami oleh banyak responden
3	Senin, 29 September 2025	1) Berkelanjutan untuk menyebarkan kuisisioner kepada pegawai di rumah sakit dan pasien agar hasil rekapitulasi optimal 2) Hasil rekapitulasi akan dilakukan di tanggal 02 oktober 2025, dari penyebaran kuisisioner di mulai pada tanggal 25 september 2025.
4	Sabtu, 04 Oktober 2025	Kuisisioner telah direkapitulasi dan hasil dari sarannya responden akan dilanjutkan pada kegiatan pra akreditasi rumah sakit.

LEMBAR KONSULTASI BERSAMA KETUA SKP

Nama Peserta		: Zahratirizka, S.Ftr.,Ftr		
Satuan Kerja		: RSUD Bukit Kerman		
Tempat Aktualisasi		: RSUD Bukit Kerman (IGD dan Instalasi Rawat Jalan)		
No	Tanggal/Waktu	Catatan Bimbingan	Hasil Capaian/output	Paraf Ketua
1	Senin, 01 September 2025	1) Melihat tata cara pembuatan sop pada tata naskah. 2) Mencari panduan standar untuk penandaan area risiko tinggi	Tercatatnya hasil konsultasi	
2	Jumat, 12 September 2025	Pembuatan penandaan area risiko tinggi disesuaikan dengan kebutuhan ruangan	Melanjutkan pembuatan label	
3	Senin, 15 September 2025	1) Pemasangan jalur evakuasi di tempat terlihat dan tidak ada penghalang. 2) Melanjutkan diskusi dengan tim mfk juga. 3) Untuk konsultasi berkelanjutan dengan mentor	Melanjutkan kegiatan pemasangan berkolaborasi dengan tim MFK	