

**LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI**

LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN

**“PENINGKATAN KINERJA PELAYANAN MELALUI OPTIMALISASI
PENGELOLAAN UNIT THALASEMIA TERPADU DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH SUBANG ”**



**OLEH :
dr. DOUVEN RINI DAMAYANTI
Nosis : 20230707020340**

**PESERTA PELATIHAN KEPEMIMPINAN ADMINISTRATOR (PKA)
ANGKATAN VI TAHUN ANGGARAN 2023**

**LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI**

**LEMBAR PERSETUJUAN
HASIL AKSI PERUBAHAN**

**“PENINGKATAN KINERJA PELAYANAN MELALUI OPTIMALISASI
PENGELOLAAN UNIT THALASEMIA TERPADU DI RUAMH SAKIT
UMUM DAERAH SUBANG ”**

Peserta Pelatihan :

**dr. DOUVEN RINI DAMAYANTI
NOSIS. 20230707020340**

**Telah disetujui pada tanggal, 05 November 2023
Di Pusdikmin Lemdiklat Polri Bandung**

Coach,



**NOLIK DWI ATMONO, SE.,M.E
PEMBINA NIP 19781128 2008011001**

Mentor,



**dr. SYAMSU RYZA
PEMBINA Tk. I, IV/b NIP 197209062002121007**

**LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI**

**LEMBAR PERSETUJUAN
LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN**

**“PENINGKATAN KINERJA PELAYANAN MELALUI OPTIMALISASI
PENGELOLAAN UNIT THALASEMIA TERPADU DI RUAMH SAKIT
UMUM DAERAH SUBANG”**

Peserta Pelatihan :

**dr. DOUVEN RINI DAMAYANTI
NOSIS. 20230707020340**

**Telah disetujui pada tanggal, November 2023
Di Pusdikmin Lemdiklat Polri Bandung**

Coach,



**NOLIK DWI ATMONO, SE.,M.E
PEMBINA NIP 19781128 2008011001**

Mentor,



**dr. SYAMSU RYZA
PEMBINA Tk. I, IV/b NIP 197209062002121007**

PENJELASAN COACH TENTANG KEMAMPUAN PESERTA

Nama Peserta : dr. DOUVEN RINI DAMAYANTI
Nosis : 20230707020340
Instansi : RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUBANG
Jabatan : KEPALA BIDANG PELAYANAN MEDIK
Tempat Aktualisasi : RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUBANG

Saya menilai peserta Pelatihan Struktural tersebut ;


Sangat Mampu / Mampu / Kurang Mampu / Tidak Mampu

Melaksanakan aktualisasi substansi mata Pelatihan Struktural dalam menyelesaikan isu yang telah ditetapkan, dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Seluruh capaian hasil perubahan mampu diwujudkan sesuai dengan rencana perubahan yang telah ditetapkan, didukung dengan bukti-bukti yang relevan dan valid.
2. Mampu menerapkan prinsip-prinsip kepemimpinan kinerja serta melakukan pengambilan keputusan dalam pelaksanaan aksi perubahan.
3. Aksi perubahan yang dilaksanakan sangat bermanfaat bagi penyelesaian permasalahan organisasi.
4. Rencana tindak lanjut aksi perubahan didukung oleh mentor, diinformasikan pada *stakeholder*, dan memperoleh dukungan dari seluruh *stakeholder*.
5. Mampu melaksanakan seluruh strategi pengembangan kompetensi untuk mencapai tujuan aksi perubahan.
6. Mampu memanfaatkan secara optimal dan tepat mata pelatihan pilihan yang diikuti.

Bandung, 05 November 2023

Coach,



NOLIK DWI ATMONO, SE.,M.E

PEMBINA NIP. 19781128 200801 1 001

LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI

PENJELASAN COACH
PEMILIHAN MATA PELATIHAN PILIHAN

Nama Peserta : dr. DOUVEN RINI DAMAYANTI
 Nosis : 20230707020340
 Instansi : RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUBANG
 Nama Coach : NOLIK DWI ATMONO, S.E., M.E.

No	Judul Aksi Perubahan	Mata Pelatihan	Jalur Pembelajaran	Hubungan Dengan Aksi Perubahan	Sumber Pembelajaran
1	2	3	4	5	6
1	Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Talasemia Terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Subang	Optimalisasi Klaim BPJS Dalam Rangka Peningkatan Pendapatan Rumah Sakit	<i>In House Training</i>	Meningkatkan kemampuan action leader dalam rangka upaya optimalisasi klaim BPJS. Persyaratan apa saja yang harus dipenuhi dalam pengurusan klaim thalassemia khususnya.	Diluar LMS Kepemimpinan (dilaksanakan oleh Diklat RSU bekerjasama dengan RS Al Ihsan Bandung
2	Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Talasemia	<i>Transformational Leadership</i>	<i>In House Training</i>	Meningkatkan kemampuan dan pemahaman bagi action leader dan tim efektif untuk bagaimana	Diluar LMS Kepemimpinan (dilaksanakan oleh Diklat RSU dengan ROSPERO

	Terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Subang			menjadi pemimpin yang baik dan membentuk teamwork yang solid dalam pelaksanaan aksi perubahan guna memaksimalkan capaian hasil aksi perubahan)
3	Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalasemia Terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Subang	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Subang	<i>In House Training</i>	Memberikan wawasan dan pengetahuan kepada <i>action leader</i> dan tim efektif dalam memahami indicator mutu unit pelayanan dan melakukan manajemen risiko pelayanan di unit .	Diluar LMS Kepemimpinan (dilaksanakan oleh Diklat RSUD bekerjasama dengan Tim Komite Mutu RSUD)
4	Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalasemia Terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Subang	<i>Creativity At Work, Unlock You Potential To Solve The Problem and Double Productivity At Work</i>	<i>In House Training</i>	Meningkatkan kemampuan <i>action leader</i> dalam sebuah organisasi sebagai pemimpin, kita harus memiliki kreativitas yang banyak. Kreatif dalam menyelesaikan masalah, bagaimana kita merumuskan suatu	Diluar LMS Kepemimpinan (dilaksanakan oleh Diklat RSUD bekerjasama dengan PROSPERO)

				masalah berdasarkan fakta, melakukan identifikasi penyebab, mengumpulkan alternatif solusi, memilih solusi terbaik dan melakukan implementasi dari solusi.	
--	--	--	--	--	--

Bandung, 05 November 2023

Coach,



NOLIK DWI ATMONO, SE.,M.E

PEMBINA NIP. 19781128 200801 1 001

**LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN
POLRIPUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI**

PENJELASAN MENTOR TENTANG KEMAMPUAN PESERTA

Nama Peserta : dr. DOUVEN RINI DAMAYANTI
Nosis : 20230707 020340
Instansi : RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUBANG
Jabatan : KEPALA BIDANG PELAYANAN MEDIK
Tempat Aktualisasi : RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUBANG

Saya menilai peserta Pelatihan Struktural tersebut ;

Sangat Mampu / Mampu / Kurang Mampu / Tidak Mampu

Melaksanakan aktualisasi substansi mata Pelatihan Struktural dalam menyelesaikan isu yang telah ditetapkan, dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Mampu melaksanakan aksi perubahan dengan baik.
2. Mampu mengelola tim efektif.
3. Aksi perubahan yang telah dibuat bermanfaat dan dapat diimplementasikan.

Subang, November 2023
Mentor,



dr. SYAMSURYZA
Pembina Tk. I, IV/b
NIP. 19720906 200212 1 007

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya selaku peserta Pelatihan Kepemimpinan Administrator (PKA) Angkatan VI T.A. 2023 di Pusdikmin Lemdiklat Polri – Bandung dapat menyelesaikan Laporan Hasil Aksi Perubahan yang berjudul “PENINGKATAN KINERJA PELAYANAN MELALUI OPTIMALISASI PENGELOLAAN UNIT THALASEMIA TERPADU DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUBANG”. Laporan ini disusun sebagai salah satu syarat memenuhi dan menyelesaikan Pendidikan Pelatihan Kepemimpinan Administrator (PKA) Non Polri Angkatan VI di Pusdik Administrasi Lemdiklat Polri Tahun Anggaran 2023.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dan membantu dalam penyusunan Laporan Hasil Aksi Perubahan ini.

Sangat disadari bahwa Laporan Hasil Aksi Perubahan yang penulis susun ini masih jauh dari kata sempurna baik segi isi, susunan, bahasa, maupun penulisannya. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun masih diharapkan dari semua pemerhati guna menjadi acuan agar peserta PKA menjadi lebih baik lagi di masa mendatang.

Semoga LHAP ini dapat diterima dan memberikan manfaat bagi organisasi tempat Penulis berdinis khususnya dan bagi pembaca umumnya.

Subang, November 2023
Action Leader,

dr. DOUVEN RINI DAMAYANTI
NIP. 19770615 200701 2008

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN HASIL AKSI PERUBAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN	ii
PENJELASAN COACH TENTANG KEMAMPUAN PESERTA	iii
PENJELASAN COACH PEMILIHAN MATA PELATIHAN PILIHAN	iv
PENJELASAN MENTOR TENTANG KEMAMPUAN PESERTA	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A Latar belakang	1
1 Deskripsi umum	1
2 Tujuan	5
3 Kemanfaatan Aksi Perubahan	6
B Inovasi dan <i>Output</i> Aksi Perubahan	7
1 Inovasi Aksi Perubahan	7
2 <i>Output</i> Aksi Perubahan	8
C Ruang Lingkup	9
BAB II DESKRIPSI RENCANA AKSI PERUBAHAN	10
A <i>Roadmap</i> atau <i>Milestone</i> aksi perubahan	10
1 Kegiatan	10
2 Waktu Pelaksanaan	11
3 Tahapan rencana aksi perubahan	11
B <i>Stakeholder</i> aksi perubahan	15
1 <i>Stakeholder</i> Internal	15
2 <i>Stakeholder</i> Eksternal	16
3 Peran, pengaruh dan intensitas	20
C Strategi Komunikasi	21

BAB III DESKRIPSI PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN	24
A Pemanfaatan Sumber Daya	24
1 Mobilisasi SDM	24
2 Pengelolaan Anggaran	27
3 Pengelolaan Sarana Prasarana	27
4 Strategi mengatasi masalah	28
B <i>Stakeholder</i>	29
1 Dukungan <i>Stakeholder</i>	29
2 Kuadran <i>Stakeholder</i> setelah aksi perubahan	33
C Capaian Aksi Perubahan	34
1 Kesesuaian antara <i>Milestone</i> dan Implementasi	34
2 Pencapaian hasil aksi perubahan terhadap rencana perubahan	38
3 Pelaksanaan strategi pengembangan kompetensi dalam aksi perubahan	66
4 Keterkaitan mata pelatihan pilihan dengan aksi perubahan	72
 BAB IV PENUTUP	 74
A Simpulan	74
B Rekomendasi	76
DAFTAR PUSTAKA	
RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Kondisi Permasalahan	4
Tabel 1.2	Tabel Analisa USG Prioritas Masalah	4
Tabel 2.1	Waktu Dan Tahapan Kegiatan Aksi Perubahan	11
Tabel 3.1	Realisasi Anggaran Aksi Perubahana	27
Tabel 3.2	Manajemen Risiko	28
Tabel 3.3	Identifikasi Stakeholder Setelah Aksi perubahan	30
Tabel 3.4	Kesesuaian antara implementasi dan <i>milestone</i>	35
Tabel 3.5	Kegiatan Pelaksanaan Strategi Pengembangan Kompetensi	53
Tabel 3.6	Pencapaian setelah Aksi Perubahan	63
Tabel 3.7	Kegiatan Pelaksanaan Strategi Pengembangan Kompetensi	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Struktur Organisasi RSUD Subang	3
Gambar 2.1	Peta Jejaring	18
Gambar 2.2	Kuadran Analisis Stakeholder Sebelum Aksi Perubahan	19
Gambar 3.1	Mobilisasi SDM	24
Gambar 3.2	Kuadran Stakeholder	33
Gambar 3.3	Peta Jejaring Setelah Aksi Perubahan	34
Gambar 3.4	Action Leader Menghadap Mentor	39
Gambar 3.5	Project Leader Bersama Promoters	40
Gambar 3.6	Action Leader Bersama Calon Tim Efektif	40
Gambar 3.7	Sosialisasi Proyek Perubahan Action Leader Bersama Stakeholder Internal (Tim Bank Darah)	41
Gambar 3.8	Action Leader Bersama Stakeholder Internal	41
Gambar 3.9	Koordinasi Dengan Tim Efektif, Draft SK Dan Tugas Tim Efektif	42
Gambar 3.10	Koordinasi dengan Stakeholder Internal	42
Gambar 3.11	SK Tim Efektif yang Terlegalisasi	43
Gambar 3.12	Survey Ruangun Thalasemia dan Pembuatan Nota Dinas Pengajuan Perbaikan Kepada Direktur	44
Gambar 3.13	<i>Action Leader berkoordinasi dengan tim efektif</i>	50
Gambar 3.14	Action Leader berkoodinasi dengan stakeholder internal RSUD Subang	50
Gambar 3.15	Action Leader berkoordinasi dengan SIM RS melakukan simulasi pelayanan	50
Gambar 3.16	Melakukan konsultasi aksi perubahan dengan Mentor	51
Gambar 3.17	Draf sk pelayanan, PPK dan CP Thalasemia	51
Gambar 3.18	Action Leader melakukan pengecekan sarana prasarana unit thalasemia	52
Gambar 3.19	SK dan SOP thalasemia	53

Gambar 3.20	Sosialisasi dan Bimtek oleh SIM RS	53
Gambar 3.21	Koordinasi dengan tim efektif dan PPPK mengenai kelengkapan sarana unit thalassemia	54
Gambar 3.22	<i>Action Leader</i> berkoordinasi dan meminta dukungan stakeholder eksternal dari Yayasan Thalasemia	54
Gambar 3.23	<i>Action Leader</i> meminta dukungan dari stakeholder eksternal Dinas Kesehatan Kab. Subang	54
Gambar 3.24	<i>Action Leader</i> melakukan koordinasi dan sosialisasi pelayanan thalasemia	55
Gambar 3.25	<i>Action Leader</i> melaporkan kepada mentor dan promoter mengenai hambatan dalam pelaksanaan aksi, kurangnya sarana prasarana untuk ruang thalasemia	55
Gambar 3.26	Memberikan laporan dan berkonsultasi dengan Direktur	55
Gambar 3.27	<i>Action Leader</i> melaporkan kepada mentor kendala aksi perubahan dan mendapatkan arahan dari mentor	56
Gambar 3.28	Action Leader memberikan sosialisasi pelayanan thalassemia terpadu internal RSUD	56
Gambar 3.29	Implementasi pelayanan unit thalassemia terpadu	57
Gambar 3.30	Surat pernyataan berkelanjutan aksi perubahan	58
Gambar 3.31	SK Pemberlakuan pelayanan thalassemia terpadu di RSUD Subang	58
Gambar 3.32	Form Kuestioner dan Evaluasi Pelayanan Unit Thlasemia Terpadu di RSUD Subang	59
Gambar 3.33	Hasil Survey Status Responden	60
Gambar 3.34	Hasil Survey Manfaat Pelayanan Thalasemia	60
Gambar 3.35	Hasil Survey Pelayanan Perawat di Unit Thalasemia	61
Gambar 3.36	Hasil Survey Pelayanan Dokter di Unit Thalasemia	61

Gambar 3.37	Hasil Survey Fasilitas di Unit Thalasemia	62
Gambar 3.38	Hasil Survey Kemudahan Mendapat Pelayanan di Unit Thalasemia	62
Gambar 3.39	In House Training Optimalisasi Klaim BPJS dalam Rangka Meningkatkan Pendapatan RS	66
Gambar 3.40	In House Training Trasformational Leadership	67
Gambar 3.41	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD	68
Gambar 3.42	Simulasi Alur Pelayanan Thalasemia Terpadu	69
Gambar 3.43	In House Training Creativity At Work	70

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

1. Deskripsi Umum

a. Gambaran Umum

Pada Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, disebutkan pada pasal (1) Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekedar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif. (3) Pelayanan kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan / atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotive, preventif, kuratif, rehabilitasi medik, dan / atau paliatif. Pada pasal 184 disebutkan bahwa rumah sakit menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan perorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau subspecialistik. Untuk mewujudkan hal tersebut pemerintah menyediakan berbagai fasilitas kesehatan baik tingkat dasar maupun rujukan.

Rumah Sakit Umum Daerah Subang dibentuk berdasarkan Peraturan Bupati Subang Nomor 102 tahun 2021 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah Badan yang menyatakan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Subang adalah fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Daerah Kabupaten Subang dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Subang merupakan unit organisasi khusus yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang daerah serta bidang kepegawaian, yang dipimpin oleh Direktur. Menurut Peraturan Bupati Subang No. 34 Tahun 2022 tentang Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Subang Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus. Berikut tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Subang dan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Subang.

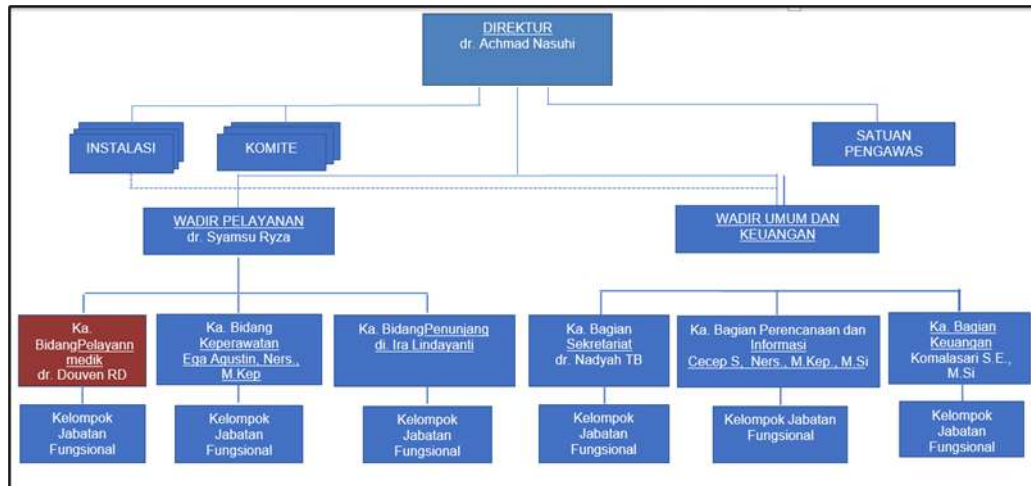
- 1) Tugas Pokok Rumah Sakit Umum Daerah Subang Rumah yaitu memberikan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna.

- 2) Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Subang Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud, Rumah Sakit Umum Daerah Subang mempunyai fungsi, yaitu:
 - a) Penyelenggaraan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
 - b) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai dengan kebutuhan medis.
 - c) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan Sumber Daya Manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
 - d) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

b. Struktur Organisasi Unit Kerja

Adapun susunan organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Subang meliputi :

- 1) Direktur ;
- 2) Wakil Direktur Pelayanan, membawahi :
 - a) Bidang Pelayanan Medik membawahi kelompok jabatan fungsional;
 - b) Bidang Pelayanan Keperawatan membawahi kelompok jabatan fungsional;
 - c) Bidang Pelayanan Penunjang membawahi kelompok jabatan fungsional
- 3) Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahi :
 - a) Bagian Sekretariat, membawahi kelompok fungsional
 - b) Bagian Perencanaan dan Informasi Kesehatan, membawahi kelompok jabatan fungsional;
 - c) Bagian Keuangan, membawahi kelompok jabatan fungsional



Gambar 1.1
Susunan Organisasi RSUD Subang

4) Tugas Pokok dan Fungsi *Action Leader*

Berdasarkan Peraturan Bupati Subang Nomor : 34 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Struktur Organisasi, Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Subang Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus. Kepala Bidang Pelayanan Medik sebagai *Action Leader* mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut :

a) Tugas Pokok

Melaksanakan pelayanan medik di bawah dan bertanggung jawab kepada Wadir Pelayanan

b) Fungsi

- (1) Penyusunan rencana dan pengendalian mutu pelayanan medik.
- (2) Melaksanakan pemberian pelayanan medik.
- (3) Melaksanakan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien pada pelayanan medik
- (4) Pengembangan pelayanan medik dan pengembangan penerapan teknologi.
- (5) Pengelolaan rekam medis.
- (6) Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medik.

- (7) Pemantauan dan evaluasi pelayanan medik, termasuk implementasi standar akreditasi Rumah Sakit.
- (8) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan Wakil Direktur Pelayanan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c. Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah yang akan dianalisa dari masalah yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Subang adalah :

Tabel 1.1
Kondisi Permasalahan

No	Kondisi Saat Ini	Kondisi Yang Diharapkan
1.	Belum optimalnya pengelolaan pelayanan unit thalasemia.	Optimalnya pengelolaan pelayanan di Unit Thalasemia
2.	Belum optimalnya penggunaan EMR di RSUD	Optimalnya penggunaan EMR di rumah sakit oleh seluruh dokter di poliklinik
3.	Belum tercapainya standar pelayanan minimal rumah sakit mengenai waktu tunggu operasi elektif	Waktu tunggu operasi elektif yang dijadwalkan sesuai dengan standar < 2 hari

d. Rumusan masalah

Berikut tabel analisa USG berdasarkan prioritas masalah

Tabel 1.2
Tabel Analisa USG Prioritas Masalah

No	Masalah	Urgency	Seriousness	Growth	Jumlah	Rangking
1	2	3	4	5	6	7
1.	Belum optimalnya pengelolaan pelayanan unit thalasemia	5	5	5	15	1

2.	Belum optimalnya Penggunaan EMR di RSUD	5	4	4	13	II
3	Lama tunggu waktu operasi elektif lebih dari 2 hari.	4	4	4	12	III

Keterangan :

1 = sangat rendah

2 = rendah

3 = sedang

4 = tinggi

5 = sangat tinggi

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa isu prioritas isu dengan skor tertinggi adalah belum optimalnya pelayanan pada pasien Thalasemia. Penulis memberikan skor nilai *urgency*, *seriousness* dan *growth* yang paling tinggi pada isu tersebut karena permasalahan lainnya secara prinsip bisa diselesaikan jika pengendalian dan pengawasan dilakukan dengan baik. Dan isu yang lain sangat erat berhubungan dengan pihak diluar rumah sakit, dimana salah satu kasus mengenai ketersediaan Gedung IBS masih dalam proses hukum. Oleh sebab itu penulis mengangkat judul dalam aksi perubahannya adalah **“Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalasemia Terpadu Di RSUD Subang”**.

2. Tujuan

Adapun tujuan *action leader* dalam aksi perubahan “Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pelayanan Unit Thalasemia Terpadu di RSUD Subang “ dibagi menjadi dua tahap yaitu pada saat *off Campus* dan *tahap pasca pelatihan*.

Tahap off kampus adalah tujuan jangka pendek yang akan dilaksanakan selama 60 hari dan tujuan pasca pelatihan yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Tujuan *off Campus* (60 hari)
 - a) Terwujudnya pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD
 - b) Tersusunnya SOP alur pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD
 - c) Terintegrasinya pelayanan thalassemia dengan SIM RS yang ada
 - d) Terlegalisasinya SK Pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD
 - e) Adanya pelaporan layanan unit thalassemia terpadu periode bulan September – Oktober 2023
- 2) Pasca Diklat
 - a) Monitoring pelaksanaan alur pelayanan unit thalassemia terpadu
 - b) Melakukan evaluasi pelayanan unit thalassemia terpadu dengan menerima laporan dari instalasi JKN dan Case Manajer
 - c) Adanya laporan layanan unit thalassemia terpadu secara berkelanjutan di setiap semester

3. Kemanfaatan Aksi Perubahan

Reformasi Birokrasi Tematik merupakan upaya pemerintah untuk meningkatkan kinerja melalui berbagai cara dengan tujuan efektivitas, efisiensi, dan akuntabilitas. Dasar Hukum : Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 2019 tentang rencana aksi reformasi birokrasi 2020 – 2024 instruksi presiden ini menjadi pedoman dan arahan dalam pelaksanaan reformasi birokrasi di Indonesia selama periode 2020-2024. 4 Indikator Reformasi Birokrasi Tematik, yaitu :

- a. Pengentasan Kemiskinan
- b. Peningkatan Investasi

- c. Digitalisasi Administrasi Pemerintahan
- d. Peningkatan penggunaan produk dalam negeri pengendalian laju inflasi.

Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Talasemia Terpadu di RSUD menjadikan pelayanan thalassemia menjadi lebih cepat karena proses administrasi dan pelayanan dilakukan di satu tempat, data lebih akurat, mengurangi birokrasi yang berlebihan, menghilangkan kegiatan antri yang memakan waktu lama di tiap tiap pelayanan yang disediakan. Dengan melaksanakan pelayanan unit thalassemia terpadu maka permasalahan ini dapat diselesaikan dengan baik dan hal ini sesuai dengan reformasi birokrasi tematik bidang digitalisasi administrasi pemerintahan.

Berdasarkan tujuan di atas, maka aksi perubahan ini diharapkan memberi manfaat secara internal maupun eksternal, yaitu :

- a. Internal
 - 1) Kepuasan pasien terhadap pelayanan unit thalassemia meningkat
 - 2) Pengendalian mutu dan kendali biaya dapat di laksanakan lebih baik.
 - 3) Menurunkan angka insiden keselamatan pasien
- b. Eksternal
 - 1) Memberikan kemudahan dalam memberikan pelayanan khususnya penderita thalassemia dengan pemberian pelayanan di satu tempat.
 - 2) Mempersingkat waktu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit

B. Inovasi dan Output Aksi Perubahan

1. Inovasi Aksi Perubahan

Terwujudnya pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD

Subang. Dengan aksi perubahan ini maka pelayanan di unit thalassemia akan mengalami perubahan sesuai dengan SOP yang baru. Bahwa semua kegiatan pelayanan yang awalnya terpisah pisah di satukan dalam satu tempat layanan. Sejak pasien datang hingga pasien pulang dari rumah sakit.

Pelayanan dalam satu tempat ini juga di buat terintegrasi dengan sistem SIM RS yang sudah ada. Sehingga operator dapat melakukan kegiatan sejak pasien datang ke RS, kegiatan pendaftaran, pemeriksaan, tindakan dokter atau perawat dan pengambilan obat hingga pasien pulang dapat dilakukan secara terpadu.

Tidak perlu pasien melakukan pendaftaran karena langsung dilakukan oleh petugas di ruang thalassemia, tidak perlu antri menunggu dokter yang akan periksa karena dokter yang akan datang untuk melakukan pemeriksaan, melakukan Tindakan sesuai advice dokter pemberian obat dengan tenaga farmasi yang ada di tempat dan Tindakan transfusi yang nantinya akan dilayani oleh petugas di ruang thalassemia. Sehingga dapat memangkas waktu pasien dan mempermudah pasien dalam mendapatkan pelayanan.

2. Output Aksi Perubahan

Output dari aksi perubahan yang dilaksanakan ini adalah :

- a. Terbentuknya SK Tim Efektif
- b. Tersusunnya SK legalisasi Pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD Subang
- c. Tersusunnya SOP Alur pelayanan unit thalassemia terpadu
- d. Masuknya unit thalassemia terpadu ke dalam program kerja rumah sakit
- e. Tercapainya Kendali mutu dan kendali biaya unit thalassemia di RSUD
- f. Surat pernyataan Komitmen Keberlanjutan Penggunaan Unit

Thalassemia dan SOP dari Direktur RSUD.

C. Ruang Lingkup

Mengingat adanya keterbatasan waktu dan sumber daya dalam proyek aksi perubahan ini, maka ruang lingkup aksi perubahan ini hanya dibatasi pada pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD Subang. Penulis membatasi pada pelayanan unit thalassemia terpadu yang akan dilaksanakan sesuai dengan tahapan tahapan selama off campus.

BAB II

DESKRIPSI RENCANA AKSI PERUBAHAN

A. *Roadmap* atau *Milestone* Aksi Perubahan

1. Kegiatan

Kegiatan yang telah dilaksanakan selama *off campus* pada aksi perubahan dengan judul “ Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalasemia Terpadu di RSUD Subang “ ini terbagi dalam beberapa kegiatan utama dengan mengidentifikasi tahapan berdasarkan konsep manajerial POAC yaitu *Planning* (perencanaan), *Organizing* (pengorganisasian), *Actuating* (pelaksanaan) dan *Controlling* (evaluasi).

- a. *Planning* (perencanaan): dalam tahapan perencanaan ini diawali dengan menghadap / pelaporan kepada mentor menyampaikan hasil pembelajaran on campus serta tindak lanjut rencana aksi perubahan, koordinasi dengan rekan kerja yang akan dijadikan tim efektif, koordinasi dengan stakeholder internal dan eksternal perihal aksi perubahan yang akan dilaksanakan *action leader* serta mengumpulkan data – data untuk pelaksanaan aksi perubahan.
- b. *Organizing* (pengorganisasian): dalam tahapan ini *action leader* membentuk tim efektif serta membuat surat tugas tim efektif, melaksanakan rapat kerja dan koordinasi dengan tim efektif untuk pembagian tugas aksi perubahan.
- c. *Actuating* (Pelaksanaan): dalam tahapan ini *action leader* bersama tim efektif melaksanakan aksi perubahan diantaranya kegiatan ini terlegalisasinya SOP dan Alur Pelayanan Thalasemia Terpadu. Terlaksananya renovasi ruangan Thalasemia, terwujudnya video alur pelayanan unit thalassemia terpadu, bimtek kepada petugas dari SIM RS, sosialisasi pelayanan unit thlasemia kepada seluruh karyawan RSUD dan pasien, membuat

surat pernyataan komitmen berkelanjutan penggunaan pelayanan thalassemia terpadu oleh Direktur RSUD.

- d. *Controlling* (evaluasi): Dalam tahapan ini *action leader* memastikan bahwa seluruh kegiatan telah sesuai dengan tahapan dan jadwal yang telah disusun, melaksanakan monitoring dan evaluasi dengan angket kuesioner terkait pelayanan thalassemia terpadu di RSUD Subang

2. Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan aksi perubahan dilaksanakan selama \pm 60 hari dimulai tanggal 5 September 2023 sampai dengan 3 November 2023 di Rumah Sakit Umum Daerah Subang, dengan rincian kegiatan mingguan terlampir (*Log Activity* dari minggu kesatu sampai dengan minggu kesembilan).

3. Tahapan Aksi Perubahan

Tahapan aksi perubahan yang dilaksanakan dapat dilihat pada table di bawah ini :

Tabel 2.1
Waktu dan Tahapan Kegiatan Aksi Perubahan

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Output
JANGKA PENDEK			
1.	Perencanaan (Planning)		
a	Laporan kepada mentor dan Direktur tentang hasil seminar rencana aksi perubahan dan pelaksanaan aksi perubahan	5 September 2023 (1 hari)	Persetujuan dan dukungan dari mentor dan direktur (Dokumentasi)
b	Koordinasi dengan rekan kerja yang akan dijadikan	6 September 2023 (1 hari)	Dukungan dan mendukung aksi

	tim efektif dalam aksi perubahan yang akan dilaksanakan		perubahan yang akan dilaksanakan. (dokumentasi)
c	Koordinasi <i>stakeholder internal</i> tentang rencana aksi perubahan yang akan dilaksanakan.	7 September 2023 (1 hari)	Dukungan dari stakeholder internal (dokumentasi)
d	Mengumpulkan data-data untuk pelaksanaan aksi perubahan.	8 -9 September 2023 (2 hari)	Dokumen Penyusunan kegiatan dan kelengkapan administrasi (dokumentasi)
2	Pengorganisasian (Organizing)		
a	Penyusunan dan penerbitan SP pembentukan Tim Efektif	11 September 2023 (1 hari)	SP tim efektif dari direktur tentang pembentukan tim efektif
b	Rapat kerja dan konsolidasi Tim Efektif untuk pembagian tugas dalam pelaksanaan aksi perubahan.	12 September 2023 (1 hari)	Rancangan kerja dan tugas tim efektif
c	Berkoordinasi dengan bidang terkait untuk pembuatan SOP dan alur pelayanan unit thalassemia terpadu	13 September 2023 (1 hari)	Draf SOP dan alur yang akan di usulkan ke direktur
d	Koordinasi dengan tim SIM RS untuk	14 September 2023 (1 hari)	Sistem SIM RS yang dapat

	merencanakan menggunakan system SIM RS yang ada di padukan dengan SOP thalassemia terpadu		digunakan disesuaikan dengan alur thalassemia terpadu
3	Pelaksanaan (Actuating)		
a	Terlegalisasinya SOP dan Alur pelayanan unit thalassemia	15 September 2023 (1 hari)	Dokumen yang sudah di tandatangani direktur
b	Terlaksananya pengecatan dan penataan ruang thalassemia	15 – 20 September 2023 (5 hari)	Ruangan thalassemia yang sudah di cat dan penataan ulang ruangan.
c	Terwujudnya video alur pelayanan unit thalassemia terpadu	21 – 22 September 2023 (2 hari)	Video alur pelayanan thalassemia terpadu
d	Terlaksananya Bimtek dari tim SIM RS bagi operator	23 September 2023 (1 hari)	Operator dapat menggunakan sistem SIM RS di unit thalassemia secara terpadu
e	Sosialisasi pelayanan unit thalassemia terpadu kepada seluruh karyawan RSUD	25 September 2023 (1 hari)	Tersosialisasikan kepada Karyawan RSUD
e	Sosialisasi pelayanan unit thalassemia terpadu kepada Masyarakat / Pasien di RSUD	26 September 2023	Tersosialisasikan kepada masyarakat pasien

f	Implementasi pelayanan unit thalassemia terpadu	27 September – 12 Oktober 2023 (14 hari)	Terimplementasi nya pelayanan unit thalassemia terpadu
g	Adanya usulan pelayanan unit thalassemia terpadu	13 Oktober 2023 (1 hari)	Dokumen surat usulan
	Pembuatan surat pernyataan komitmen berkelanjutan penggunaan pelayanan unit thalassemia terpadu beserta SOP nya	14 Oktober 2023 (1 hari)	Dokumen yang sudah ditandatangani direktur
4	Monitoring dan Evaluasi		
a	Melaksanakan monitoring dengan melakukan wawancara dengan pasien / keluarga dan stakeholder mengenai inovasi yang dibuat action leader	16 – 21 Oktober 2023	Laporan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga
b	Menyusun laporan akhir pelaksanaan aksi perubahan	23 Oktober – 2 November 2023	Laporan Hasil Akhir aksi perubahan
c	Membuat persetujuan laporan pelaksanaan aksi perubahan oleh sponsor dan mentor	3 November 2023	Disetujuinya laporan oleh sponsor dan mentor
5.	Tahap Paska Pelatihan		
a	Tersusunnya laporan pelayanan unit thalassemia terpadu	Dilaksanakan 1 bulan setelah selesainya diklat	Hasil laporan triwulan IV

b	Adanya laporan dari Tim JKN dan CM rawat Jalan mengenai klaim BPJS	Dilaksanakan 1 bulan setelah selesainya diklat	Hasil laporan triwulan IV
c	Adanya laporan layanan unit thalassemia terpadu secara berkelanjutan di setiap triwulan	Tiap 3 bulan setelah selesai diklat	Laporan pelaksanaan pelayanan unit thalassemia terpadu dan Pelaporan dari JKN mengenai klaim BPJS

B. *Stakeholder* aksi perubahan

Stakeholder yang terlibat dalam aksi perubahan terbagi menjadi dua yakni stakeholder internal dan eksternal. Kedua jenis stakeholder tersebut dapat mendukung, netral dan menolak.

1. *Stakeholder* Internal

- a. Direktur RSUD Subang
- b. Wakil Direktur Pelayanna
- c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan
- d. Kepala Instalasi JKN
- e. CM Rawat Jalan
- f. Analis Kepegawaian Ahli Muda
- g. Administrator Kesehatan
- h. Kepala Bagian Keuangan
- i. Kepala Bagian Kesekretariatan
- j. Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi
- k. Kepala Bidang Pelayanan Penunjang
- l. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan
- m. Ka Instalasi Rekam Medik
- n. Ka Instalasi SIM RS

- o. Ka instalasi Rawat Jalan
- p. Ka Instalasi Farmasi
- q. Ka Instalasi Laboratorium
- r. Karu Thalasemia
- s. SMF Penyakit Anak
- t. SMF Penyakit Dalam
- u. Petugas Bank Darah
- v. Kasir

2. Stakeholder Eksternal

- a. Yayasan Thalasemia
- b. Dinas Kesehatan Subang
- c. PMI Kabupaten Subang
- d. Rumah Sakit Hasan Sadikin Bnadung
- e. Pasien

Tabel 2. 2
Identifikasi Stakeholder

NO	STAKEHOLDERS	TIM EFEKTIF	JENIS STAKEHOLDERS			KELOMPOK STAKEHOLDERS				STRATEGI	
			PRIMER	SEKUNDER	UTAMA	PROMOTERS	DEFENDERS	LATENS	APATHETICS	MENJAGA SUBDGN SH	KOMUNIKASI
A. STAKEHOLDER INTERNAL											
1.	Direktur				V	9 +				MC	Komunikatif
2.	Wadir Pelayanan				V	9 +				MC	Komunikatif
3.	Administrator Kesehatan	V		V			4 +			KI	Komunikatif
4	Analisis Kepegawaian	V		V			4 +			KI	Komunikatif
5	Ka Instalasi JKN			V				6 +/-		KS	Komunikatif
6	CM Rawat Jalan	V	V				4 +			KI	Komunikatif
7	Wadir Umum dan Keuangan			V				7 +/-		KS	Komunikatif
8	Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan		V					7 +/-		KS	Komunikatif
9	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang		V					7 +/-		KS	Komunikatif

10	Kepala Bagian Keuangan			V				7 +/-		KS	Komunikatif
11	Kepala Bagian Kesekretariatan			V				7 +/-		KS	Komunikatif
12	Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi			V				7 +/-		KS	Komunikatif
13	Kepala Instalasi RawatJalan	V	V					4 +		KI	Komunikatif
14	Kepala Instalasi Rekam Medik	V	V					4 +		KI	Komunikatif
15	Kepala InstalasiLaboratorium		V					4 +		KI	Komunikatif
16	Kepala Instalasi Farmasi		V					4 +		KI	Komunikatif
17	Kepala Instalasi SIM RS	V		V				4 +		KI	Komunikatif
18	Kepala RuanganThalasemia	V	V					4 +		KI	instruktif
19	SMF Penyakit Dalam		V					4 +		KI	Komunikatif
20	SMF Penyakit Anak		V					4 +		KI	Komunikatif
21	Petugas Bank Darah		V					4 +		KI	Komunikatif
22	Kasir		v						2 +/-	Monitor	Persuasif
B. STAKEHOLDER EXTERNAL											
1	Yayasan Thalasemia			V				4 +		KI	komunikatif
2	Dinas Kesehatan Subang			V					2 +/-	Monitor	Persuasive
3	PMI Kabupaten Subang			V					2 +/-	Monitor	persuasif
4	Rumah Sakit HasanSadikin Bandung			V					2 +/-	Monitor	persuasif
5	Pasien			V					2 +/-	Monitor	persuasif

Keterangan:

Keterangan Dukungan

Mendukung : +
Menolak : -
netral : +/-

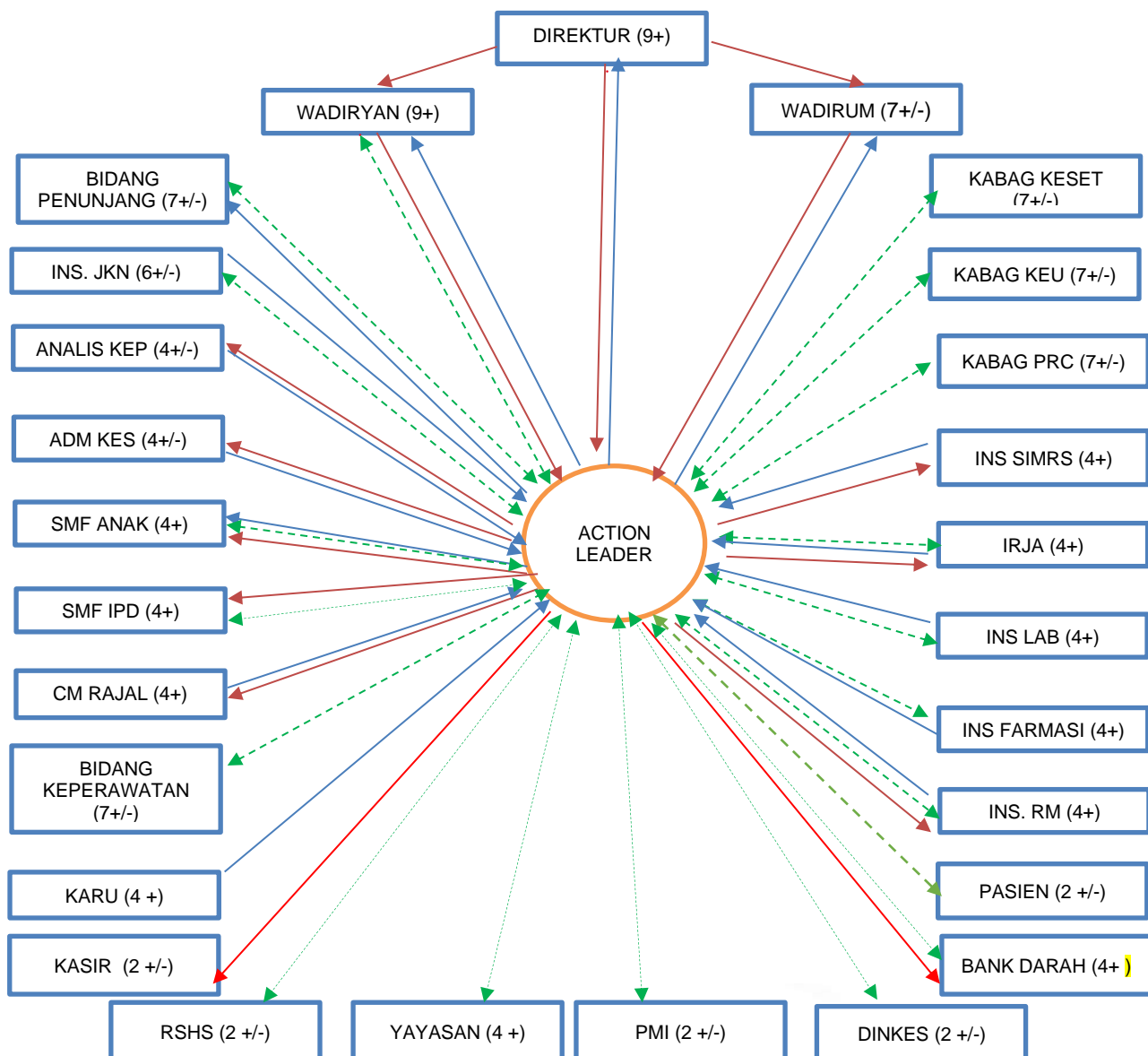
Nilai Pengaruh

Sangat Tinggi : 9 <
Tinggi : 6 - 8
Sedang : 3 - 5
Rendah : 1 - 2

Berdasarkan Kepentingan
 Promoters : Pengaruh tinggi peran tinggi (*Manage Closely*)
 Defenders : Pengaruh rendah peran tinggi (*Keep Informed*)
 Latens : Pengaruh tinggi peran rendah (*Keep Satisfied*)
 Apathetic : Pengaruh rendah peran rendah (*Minimal Effort*)

a. Peta Jejaring

Menjelaskan secara rinci hubungan koordinasi dan komunikasi stakeholder internal maupun eksternal dalam pelaksanaan aksi perubahan berupa bentuk net map.



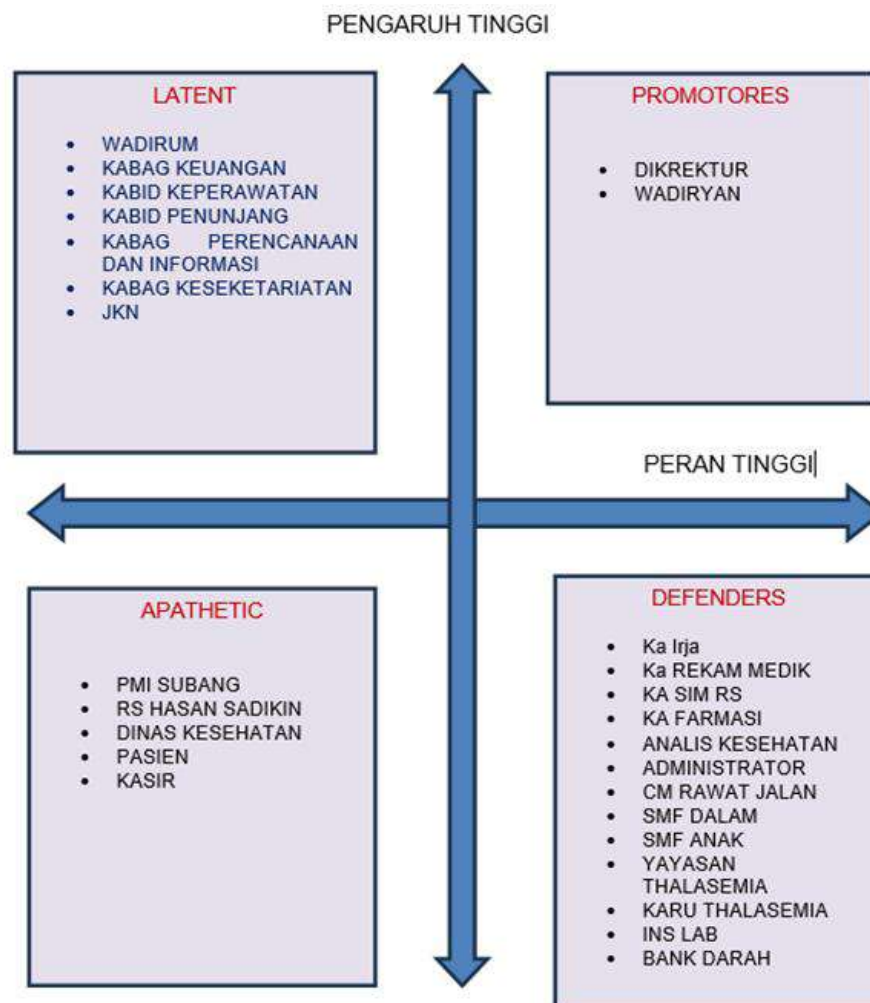
Gambar 2.1 Peta Jejaring

Keterangan

- : Melapor dan konsultasi
- : Perintah
- ↔ : Koordinasi

b. Kuadran Stakeholder

Seluruh stakeholder tersebut apabila dipetakan dalam kuadran analisis stakeholder, maka akan tampak seperti berikut :



Gambar 2.2
Kuadran Analisis Stakeholder Sebelum Aksi Perubahan

Berdasarkan Kepentingan

- Promoters : Pengaruh tinggi peran tinggi (*Manage Closely*)
- Defenders : Pengaruh rendah peran tinggi (*Keep Informed*)
- Latens : Pengaruh tinggi peran rendah (*Keep Satisfied*)
- Apathetic : Pengaruh rendah peran rendah (*Minimal Effort*)

3. Peran, Pengaruh dan Intensitas

Stakeholder diidentifikasi sebagai perorangan maupun kelompok- kelompok yang tertarik, baik yang berasal dari dalam maupun dari luar organisasi, yang berpengaruh maupun terpengaruh oleh tujuan-tujuan dan tindakan-tindakan sebuah Tim.

Dalam organisasi publik, sangat penting untuk mengetahui siapa stakeholder yang memiliki kepentingan dan pengaruh terhadap program yang dimiliki oleh organisasi. Untuk itu perlu dikenal jenis stakeholder sebagai berikut :

a. *Stakeholder* Utama / Kunci

Stakeholder utama/kunci adalah stakeholder yang memiliki pengaruh positif/negatif terhadap kegiatan *Satker* dan keberadaan mereka sangat penting bagi organisasi yang memiliki program tersebut.

b. *Stakeholder* Primer

Stakeholder primer adalah stakeholder yang langsung dipengaruhi oleh kegiatan yang dijalankan oleh organisasi publik tertentu. Pengaruh disini dapat bersifat positif maupun negatif.

c. *Stakeholder* Sekunder

Stakeholder sekunder adalah stakeholder yang tidak langsung dipengaruhi oleh kegiatan yang dijalankan oleh organisasi publik tertentu. Pengaruh disini dapat bersifat positif maupun negatif pula.

Setiap stakeholder dikelompokkan ke dalam kuadran dengan kualifikasi stakeholders sebagai berikut:

a. *Promoters* memiliki kepentingan besar terhadap program serta mempunyai kekuatan yang besar pula untuk membuatnya berhasil;

b. *Defenders* memiliki kepentingan pribadi dan dapat menyuarakan dukungannya dalam komunitas, tetapi

- kekuatan kecil untuk mempengaruhi kegiatan ;
- c. *Latents* tidak memiliki kepentingan khusus maupun terlibat dalam kegiatan, tetapi memiliki kekuatan besar untuk mempengaruhi program jika mereka menjadi tertarik;
 - d. *Apathetics* kurang memiliki kepentingan maupun kekuatan, bahkan mungkin tidak mengetahui adanya kegiatan;

C. Strategi Komunikasi

Strategi Komunikasi Metode yang digunakan dalam rencana aksi perubahan ini adalah menggunakan 2 strategi yaitu Strategi dalam menjalin hubungan dengan Stakeholder dan Strategi Komunikasi.

1. Strategi dalam menjalin hubungan dengan Stakeholder
 - a. *Manage Closely* : Hubungan harus dijaga tetap dekat, diperuntukkan bagi stakeholder yang memiliki pengaruh tinggi dan peran tinggi (*Promoters*).
 - b. *Keep Informed* : Stakeholder diinformasikan setiap ada kejadian penting dalam proyek, bagi stakeholder yang memiliki Pengaruh rendah peran tinggi (*Defenders*).
 - c. *Keep Satisfied* : Stakeholder sebisa mungkin tetap dibuat senang bagi keberlangsungan proyek, pendekatan stakeholder dengan strategi keep satisfied biasanya diperuntukkan stakeholder yang mempunyai pengaruh tinggi peran rendah (*Latens*)
 - d. Monitor : diperuntukkan bagi stakeholder dengan pengaruh rendah peran rendah (*Apathetic*)
2. Strategi Komunikasi

Terdapat beberapa teknik yang dapat digunakan dalam strategi komunikasi, diantaranya :

- a. *Redundancy (Repetition)*. Teknik *redundancy* atau *repetition* adalah cara mempengaruhi khalayak dengan jalan mengulang ulang pesan kepada Stakeholder.

- b. *Canalizing*. Teknik *canalizing* adalah memahami dan meneliti pengaruh kelompok terhadap individu atau Stakeholder.
- c. Informatif. Teknik informatif adalah suatu bentuk isi pesan, yang bertujuan mempengaruhi Stakeholder dengan jalan memberikan penerangan. Penerangan berarti menyampaikan sesuatu apa adanya, apa sesungguhnya, di atas fakta dan data yang benar serta pendapat yang benar pula.
- d. Persuasif. Teknik persuasif adalah mempengaruhi dengan jalan membujuk. Dalam hal ini Stakeholder digugah baik pikirannya, maupun dan terutama perasaannya.
- e. Edukatif. Teknik edukatif merupakan salah satu usaha mempengaruhi Stakeholder dari suatu pernyataan umum yang dilontarkan, dapat diwujudkan dalam bentuk pesan yang akan berisi pendapat-pendapat, fakta-fakta, dan pengalaman pengalaman.
- f. Koersif. Teknik koersif adalah mempengaruhi Stakeholder dengan jalan memaksa. Teknik koersif ini biasanya dimanifestasikan dalam bentuk peraturan-peraturan, perintah perintah.

Metode komunikasi yang digunakan dalam memperlancar terwujudnya upaya rencana aksi perubahan ini diaplikasikan baik secara komunikatif, Persuasive, maupun instruktif. Penjelasan metode komunikasi sebagai berikut:

- a. Komunikatif yaitu *Action Leader* melakukan koordinasi dan konsultasi dengan mentor secara terus menerus selaku mentor dalam aksi perubahan yang sedang dilakukan;
- b. Persuasif yaitu *Action Leader* memberikan alasan atau pengertian akan tujuan dari pelaksanaan aksi perubahan ini bagi Subsatker serta mengajak para rekan kerja team work

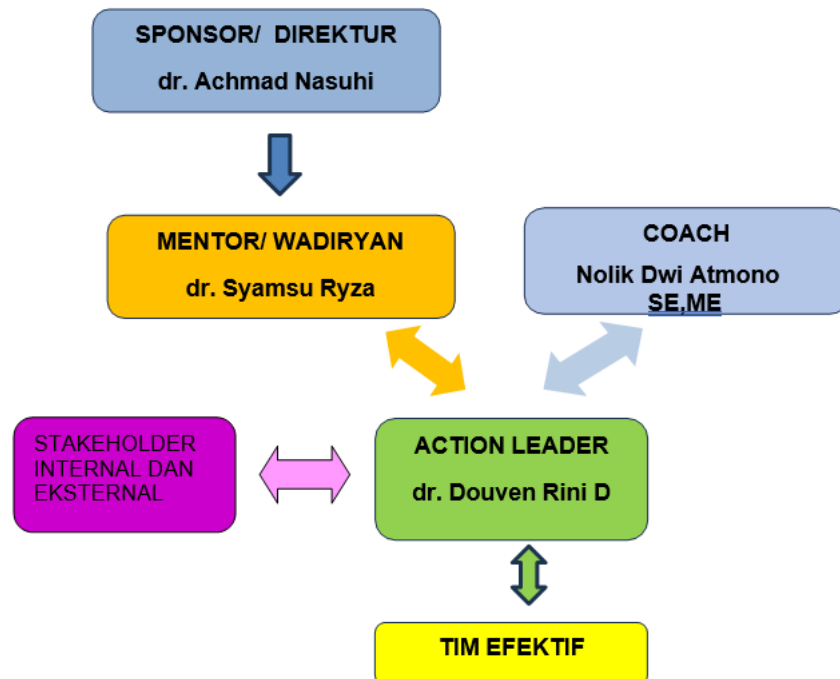
- untuk ikut menyusun jadwal pelaksanaan aksi perubahan sehingga dapat dilaksanakan dengan maksimal sesuai dengan perencanaan yang disepakati bersama;
- c. Instruktif yaitu *Action Leader* memberikan arahan atau perintah agar para pelaksanaan/tim efektif melaksanakan tugas atau pekerjaan dalam aksi perubahan.

BAB III PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN

A. Pemanfaatan Sumber Daya

1. Mobilisasi SDM

Dalam pelaksanaan aksi perubahan ini perlu dijelaskan mengenai mobilisasi SDM yang digunakan dalam aksi perubahan yang akan dilakukan sehingga dapat berjalan dengan baik, adapun mobilisasi SDM adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1
Mobilisasi SDM

Keterangan :

- a. Mentor : dr. Syamsu Ryza (Wakil Direktur Pelayanan)
 - 1) Memberikan otoritas kepada peserta diklat untuk menyusun aksi perubahan;
 - 2) Bertindak sebagai pembimbing dan pengawas action leader;

- 3) Memberikan dukungan perubahan; penuh atas keseluruhan aksi perubahan;
 - 4) Membantu menyelesaikan hambatan yang timbul selama aksi perubahan.
- b. Promoter : dr. Achmad Nasuhi (Direktur RSUD Subang)
- 1) Memberikan legitimasi dan dukungan untuk aksi perubahan;
 - 2) Membantu peserta Diklat dalam memetakan agenda aksi yang akan dilaksanakan;
 - 3) Memfasilitasi peserta Diklat dalam menyelesaikan masalah yang timbul selama proses pelaksanaan aksi perubahan.
- c. Coach : Pembina Nolik Dwi Atmono, S.E., M.E.
- 1) Memberikan metodologi, arahan secara teoritis, membuat perencanaan serta pelaporan, mengarahkan tim untuk lebih bersinergi dalam pelaksanaan aksi perubahan;
 - 2) Menjadi konselor selama proses menyusun aksi perubahan;
 - 3) Memastikan kemampuan peserta diklat dalam menyusun rencana aksi perubahan dan telah menetapkan area perubahan yang akan menjadi aksi perubahan.
- d. *Action Leader* : dr Douven Rini Damayanti
- 1) Mengelola, mengkoordinir dan memotivasi tim dalam pencapaian kinerja serta menindaklanjuti kemajuan aksi perubahan;
 - 2) Berprakarsa melakukan diskusi secara aktif dengan mentor dan coach serta menindaklanjuti arahan dan masukan yang diberikan;
 - 3) Menggalakkan kerjasama dan koordinasi serta konsultasi dengan stakeholder terkait baik internal maupun eksternal;
 - 4) Menyusun laporan aksi perubahan kepada

penyelenggara.

e. Stakeholder Internal dan eksternal

Stakeholder yang terlibat dalam Aksi perubahan terbagi menjadi dua yakni *stakeholder* internal dan eksternal. Kedua jenis stakeholder tersebut dapat bersifat mendukung, tidak mendukung atau netral. *Stakeholder* yang terlibat dalam aksi perubahan terbagi menjadi dua yakni stakeholder internal dan eksternal. :

- 1) *Stakeholder* Internal yang terkait dalam aksi perubahan ini antara lain Direktur RSUD Subang, Wakil Direktur Pelayanan, Kepala Instalasi JKN, CM Rawat Jalan, Analis Kepegawaian Ahli Muda dan Administrator Kesehatan, Wakil Direktur Umum dan Keuangan, Kepala Bagian Keuangan, Kepala Bagian Sekretaris, Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi, Kepala Bidang Pelayanan Penunjang, Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan, Ka Instalasi Rekam Medik, Ka Instalasi SIM RS, Ka instalasi Rawat Jalan, Karu Thalasemia, SMF Anak, SMF Penyakit Dalam, Kasir, Petugas Bank Darah
- 2) *Stakeholder* Eksternal yang terkait dengan aksi perubahan ini Yayasan Thalasemia, PMI Kabupaten Subang, Dinas Kesehatan Kabupaten Subang, Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung dan pasien.

f. Tim Efektif

- 1) Membantu/mendukung action leader untuk mencapai tujuan dan sasaran yang diharapkan pada rencana aksi perubahan agar hasil rencana aksi sesuai yang diharapkan
- 2) Bertugas dalam pelaksanaan sosialisasi;
- 3) Bertugas dalam membuat perencanaan, penyertaan partisipasi stakeholder, penyusunan format evaluasi, pelaksanaan evaluasi kegiatan aksi perubahan;

- 4) Bertugas dalam menyediakan data pendukung dalam aksi perubahan secara umum.
- 5) Bertugas dalam melaksanakan aksi perubahan.
- 6) Memberikan feedback terhadap kemajuan laporan implementasi aksi perubahan.

2. Pengelolaan Anggaran

Dalam rangka mendukung pelaksanaan rencana aksi perubahan dibutuhkan dukungan anggaran dengan menggunakan anggaran BLUD.

Tabel 3.1
Realisasi Anggaran Aksi Perubahan

No	Uraian	Jumlah Kegiatan	Harga (Rp)	Jumlah (Rp)
1	Kegiatan rapat koordinasi, evaluasi dan sosialisasi	11 Kegiatan		2.110.000
2	Membuat SOP	0	0	0
3	ATK	1 Kegiatan	500.000	500.000
4	Renovasi Ruang Talasemia	1 Kegiatan	5.000.000	5.000.000
Jumlah Total				7.610.000

3. Pengelolaan Sarana Prasarana

Pengelolaan sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan aksi perubahan diperlukan sarana dan prasarana yang dapat mempermudah proses pelaksanaan aksi perubahan. Adapun sarana yang digunakan dalam aksi perubahan ini meliputi:

- a. Jaringan Internet RSUD Subang ;
- b. Ruang rapat RSUD Subang ;
- c. Laptop;
- d. *Personal Computer* (PC);
- e. Printer;
- f. *Flashdisk*;

g. Alat Tulis Kantor.

Seluruh sarana dan prasarana ini di sediakan dengan mengoptimalkan sarana dan prasaran yang ada di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Subang.

4. Strategi Mengatasi Masalah

Permasalahan yang muncul pada saat pelaksanaan Aksi Perubahan ini dapat dilihat dalam tabel berikut ini

Tabel 3.2
Manajemen resiko

NO	Permasalahan	Risiko	Strategi komunikasi
1	Action leader dan tim efektif kesulitan mengatur waktu dalam melaksanakan aksi perubahan dan menyelesaikan tupoksi	Kurang maksimal hasil dari Aksi Perubahan	Persuasif, informasi rutin, laporan tetap berjalan
2	Dalam aksi perubahan pengadaan sarana prasarana ruangan setelah renovasi	Aksi perubahan tidak dapat selesai tepat waktu sesuai rrencana pentahapan yang telah diajukan	Melakukan komunikasi dan koordinasi yang efektif dan intensif dengan Direktur, mentor, dan PPK (Pejabat Pembuat Komitmen)

Metode komunikasi yang digunakan adalah :

- a. *Direct* : Komunikasi langsung melalui tatap muka, koordinasi, sosialisasi / pemantauan dan edukasi.
- b. *Indirect* : Komunikasi tidak langsung melalui telpon atau media online lainnya dengan stakeholder internal dan eksternal.

B. Stakeholder

1. Dukungan Stakeholder

Stakeholder yang terlibat dalam Aksi perubahan terbagi menjadi dua yakni stakeholder internal dan eksternal. Kedua jenis stakeholder tersebut dapat bersifat mendukung, tidak mendukung atau netral. Selain itu juga dapat dipetakan berdasarkan ketertarikan dan pengaruhnya. Secara rinci sebagai berikut :

a. Stakeholder Internal

- 1) Direktur RSUD Subang
- 2) Wakil Direktur Pelayanan
- 3) Wakil Direktur Umum dan Keuangan
- 4) Kepala Instalasi JKN
- 5) CM Rawat Jalan
- 6) Analis Kepegawaian Ahli Muda
- 7) Administrator Kesehatan
- 8) Kepala Bagian Keuangan
- 9) Kepala Bagian Kesekretariatan
- 10) Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi
- 11) Kepala Bidang Pelayanan Penunjang
- 12) Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan
- 13) Ka Instalasi Rekam Medik
- 14) Ka Instalasi SIM RS
- 15) Ka instalasi Rawat Jalan
- 16) Ka Instalasi Farmasi
- 17) Ka Instalasi Laboratorium
- 18) Karu Thalasemia
- 19) SMF Penyakit Anak
- 20) SMF Penyakit Dalam
- 21) Petugas Bank Darah
- 22) Kasir

b. Stakeholder Eksternal

- 1) Yayasan Thalasemia

- 2) Dinas Kesehatan Subang
- 3) PMI Kabupaten Subang
- 4) Rumah Sakit Hasan Sadikin Bnadung
- 5) Pasien

Pada tabel di bawah ini adalah hasil identifikasi stakeholder setelah aksi perubahan dengan judul Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalasemia Terpadu

Tabel 3.3
Identifikasi Stakeholder Setelah Aksi Perubahan

NO	STAKEHOLDERS	TIM EFEKTIF	JENIS STAKEHOLDERS			KELOMPOK STAKEHOLDERS				STRATEGI	
			PRIMER	SEKUNDER	UTAMA	PROMOTERS	DEFENDERS	LATENS	APATHETICS	MENJAGA SUBDGN SH	KOMUNIKASI
a. STAKEHOLDER INTERNAL											
1.	Direktur				V	10 +				MC	Komunikatif
2.	Wadir Pelayanan				V	10 +				MC	Komunikatif
3.	Administrator Kesehatan	V		V			5 +			KI	Komunikatif
4	Analisis Kepegawaian	V		V			5 +			KI	Komunikatif
5	Ka Instalasi JKN			V		9 +				KS	Komunikatif
6	CM Rawat Jalan	V	V				5 +			KI	Komunikatif
7	Wadir Umum dan Keuangan			V		9 +				MC	Komunikatif
8	Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan		V			9 +				KS	Komunikatif
9	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang		V			9 +				KS	Komunikatif
10	Kepala Bagian Keuangan			V		9 +				KS	Komunikatif
11	Kepala Bagian Kesekretariatan			V		9 +				KS	Komunikatif
12	Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi			V		9 +				KS	Komunikatif
13	Kepala Instalasi Rawat Jalan	V	V				5 +			KI	Komunikatif

14	Kepala Instalasi Rekam Medik	V	V			5 +			KI	Komunikatif
15	Kepala Instalasi Laboratorium		V			5 +			KI	Komunikatif
16	Kepala Instalasi Farmasi		V			5 +			KI	Komunikatif
17	Kepala Instalasi SIM RS	V		V		5 +			KI	Komunikatif
18	Kepala Ruangan Thalasemia	V	V			5 +			KI	instruktif
19	SMF Penyakit Dalam		V			5 +			KI	Komunikatif
20	SMF Penyakit Anak		V			5 +			KI	Komunikatif
21	Petugas Bank Darah		V			5 +			KI	Komunikatif
22	Kasir		v			4 +			KI	Komunikatif
b. STAKEHOLDER EXTERNAL										
1	Yayasan Thalasemia			V		5 +			KI	komunikatif
2	Dinas Kesehatan Subang			V		4 +			KI	Komunikatif
3	PMI Kabupaten Subang			V		4 +			KI	komunikatif
4	Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung			V		4 +			KI	Komunikatif
5	Pasien			V		4 +			KI	komunikatif

Keterangan:

Keterangan Dukungan

Mendukung	:	+
Menolak	:	-
netral	:	+/-

Nilai Pengaruh

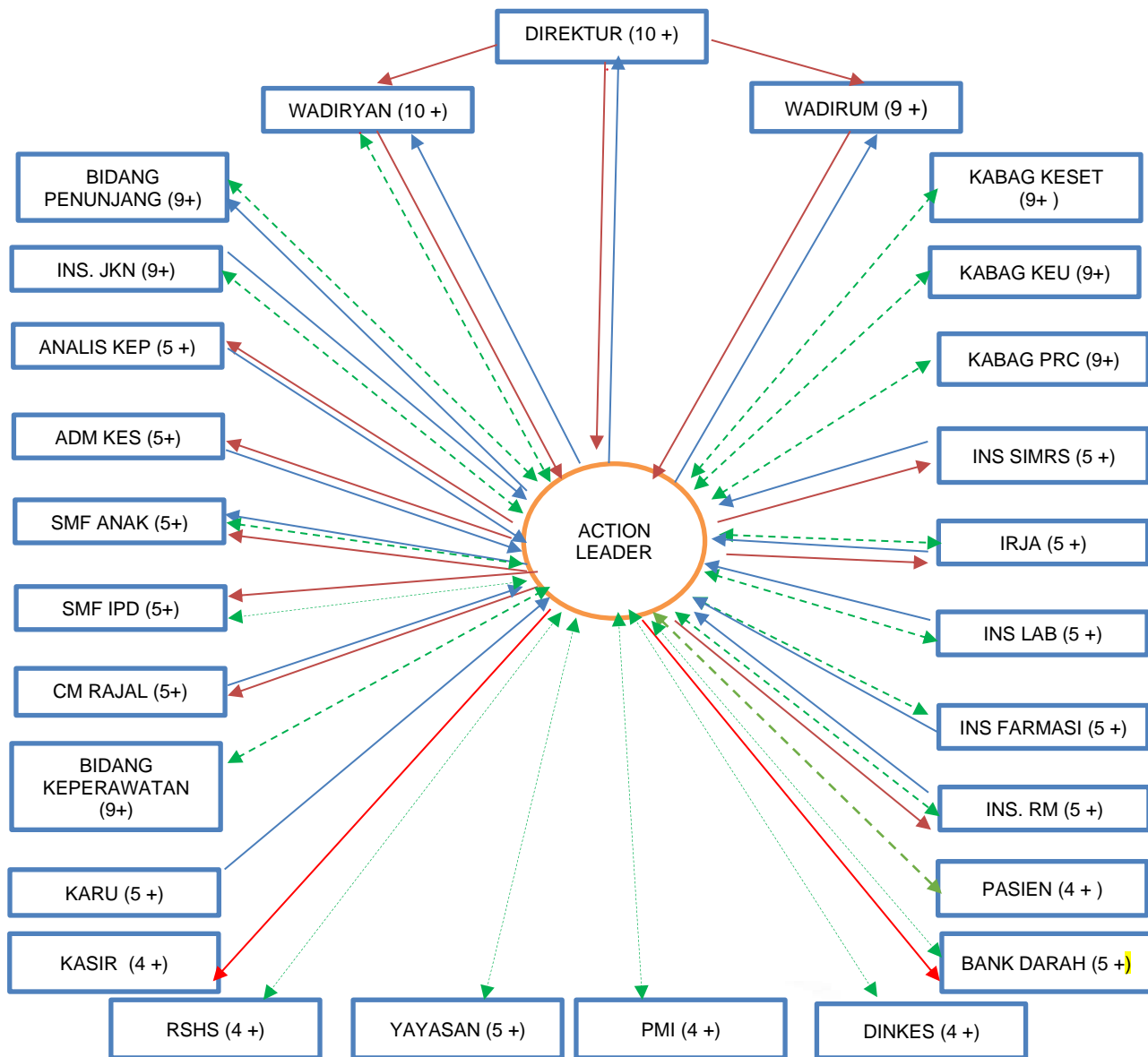
Sangat Tinggi	:	9 <
Tinggi	:	6 - 8
Sedang	:	3 - 5
Rendah	:	1 - 2

Berdasarkan Kepentingan

Promoters	:	Pengaruh tinggi peran tinggi (<i>Manage Closely</i>)
Defenders	:	Pengaruh rendah peran tinggi (<i>Keep Informed</i>)
Latens	:	Pengaruh tinggi peran rendah (<i>Keep Satisfied</i>)
Apathetic	:	Pengaruh rendah peran rendah (<i>Minimal Effort</i>)

c. Peta Jejaring

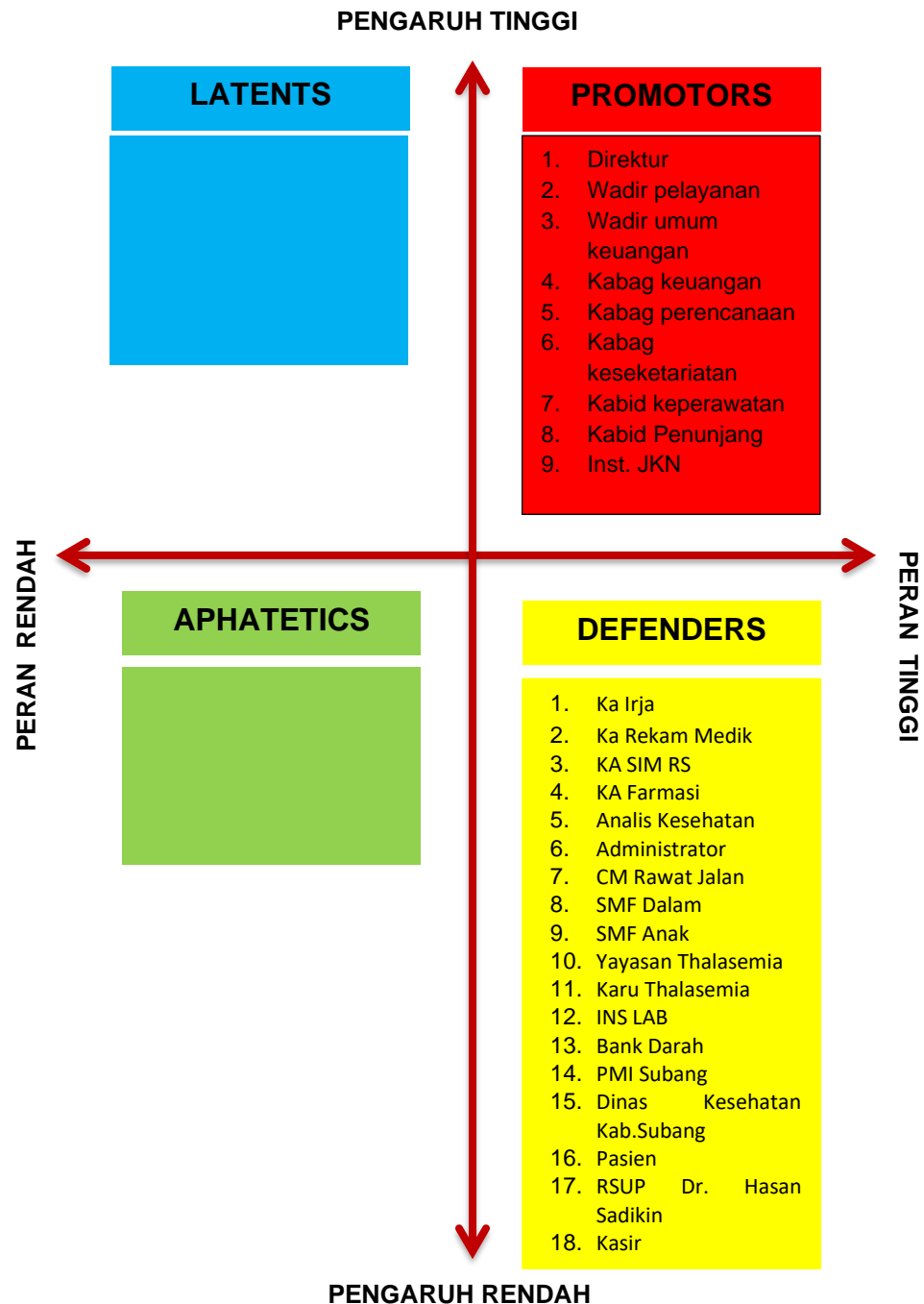
Menjelaskan secara rinci hubungan koordinasi dan komunikasi stakeholder internal maupun eksternal dalam pelaksanaan aksi perubahan berupa bentuk net map.



Gambar 3.2
Peta Jejaring setelah aksi perubahan

2. Kuadran Stakeholder Setelah Aksi Perubahan

Seluruh stakeholder tersebut apabila dipetakan dalam Kuadran Analisis Stakeholder, maka akan tampak seperti berikut:



Gambar 3.3
Kuadran Stakeholder

3. Pencapaian Hasil Aksi Perubahan

1. Keserasian antara *milestone* dan implementasi

Pada tabel berikut dapat dilihat kesesuaian antara *milestone* dengan pelaksanaan aksi perubahan yang dilakukan di lingkungan Polres Trenggalek, sebagai berikut :

Tabel 3.4
Kesesuaian antara implementasi dan *milestone*

NO	TAHAP KEGIATAN	WAKTU	KETERANGAN
JANGKA PENDEK			
1.	Perencanaan (<i>Planning</i>)		
a	Laporan kepada mentor dan Direktur tentang hasil seminar rencana aksi perubahan dan pelaksanaan aksi perubahan	5 September 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal
b	Koordinasi dengan rekan kerja yang akan dijadikan tim efektif dalam aksi perubahan yang akan dilaksanakan	6 September 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal
c	Koordinasi <i>stakeholder internal</i> tentang rencana aksi perubahan yang akan dilaksanakan.	7 September 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal
d	Mengumpulkan data-data untuk pelaksanaan aksi perubahan.	8 - 9 September 2023 (2 hari)	Sesuai jadwal
2	Pengorganisasian (<i>Organizing</i>)		
a	Penyusunan dan penerbitan SP pembentukan Tim Efektif	11 September 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal
b	Rapat kerja dan konsolidasi Tim Efektif untuk pembagian tugas dalam pelaksanaan aksi perubahan.	12 septemebr 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal
c	Berkoordinasi dengan bidang terkait untuk pembuatan SOP dan alur	13 September 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal

	elayanan unit thalassemia terpadu		
d	Koordinasi dengan tim SIM RS untuk merencanakan menggunakan system SIM RS yang ada di padukan dengan SOP thalassemia terpadu	14 September 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal
3	Pelaksanaan (Actuating)		
a	Terlegalisasinya SOP dan Alur pelayanan unit thalassemia	15 September 2023 (1 hari)	Tidak sesuai jadwal (16 Oktober 2023) disebabkan saat membuat alur belum semua bidang terkait hadir . perlu dilakukan diskusi oleh dokter
b	Terlaksananya pengecatan dan penataan ruang thalasemia	15 – 20 September 2023 (5 hari)	Tidak sesuai jadwal (pelaksanaan tanggal 16 september 2023)
c	Terwujudnya video alur pelayanan unit thalassemia terpadu	21 – 22 September 2023 (2 hari)	Tidak sesuai jadwal (26 Oktober 2023)
d	Terlaksananya Bimtek dari tim SIM RS bagi operator	23 September 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal
e	Sosialisasi pelayanan unit thalassemia terpadu kepada seluruh karyawan RSUD	25 September 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal dan bertahap
e	Sosialisasi pelayanan unit thalassemia terpadu kepada Masyarakat / Pasien di RSUD	26 September 2023	Sesuai dan bertahap
f	Implementasi pelayanan unit thalassemia terpadu	27 September – 12 Oktober 2023 (14 hari)	Tidak sesuai jadwal. (11 Oktober 2023) peresmian implementasi 16 Oktober 2023)

g	Adanya usulan pelayanan unit thalassemia terpadu	13 Oktober 2023 (1 hari)	Sesuai jadwal
	Pembuatan surat pernyataan komitmen berkelanjutan penggunaan pelayanan unit thalassemia terpadu beserta SOP nya	14 Oktober 2023 (1 hari)	Tidak sesuai jadwal 1 November 2023)
4	Monitoring dan Evaluasi		
a	Melaksanakan monitoring dengan melakukan wawancara dengan pasien / keluarga dan stakeholder mengenai inovasi yang dibuat action leader	16 – 21 Oktober 2023	Tidak sesuai jadwal (16 -28 Oktober 2023) Kuestioner 30 oktober 2023
b	Menyusun laporan akhir pelaksanaan aksi perubahan	23 Oktober – 2 November 2023	Tidak sesuai jadwal (30 Oktober – 3 November 2023)
c	Membuat persetujuan laporan pelaksanaan aksi perubahan oleh sponsor dan mentor	3 November 2023	Sesuai jadwal
	5. Tahap Paska Pelatihan		
a	Tersusunnya laporan pelayanan unit thalassemia terpadu	Dilaksanakan 1 bulan setelah selesainya diklat	Sesuai jadwal
b	Adanya laporan dari Tim JKN dan CM rawat Jalan mengenai klaim BPJS	Dilaksanakan 1 bulan setelah selesainya diklat	Laporan 2 minggu paska implementasi
c	Adanya laporan layanan unit thalassemia terpadu secara berkelanjutan di setiap triwulan	Tiap 3 bulan setelah selesai diklat	Belum dilakukan

Dari tabel di atas, tahap perencanaan tidak mengalami

perubahan (sesuai jadwal), selanjutnya dalam tahap pengorganisasian dan pelaksanaan ada yang sesuai jadwal dan ada yang tidak sesuai jadwal. Pada tahap ini *action leader* mengalami beberapa hambatan, sehingga pelaksanaan tahapan tidak sesuai dengan yang telah direncanakan. Hal ini disebabkan karena :

- a. *Action leader* mengikuti kegiatan diklat yang dilaksanakan selama dua hari di luar rumah sakit, FGD Transformasi Digital yang diikuti oleh kepala bidang dan kepala bagian di RSUD, jajaran direksi dengan Dewan Pengawas RSUD
- b. *Action leader* mengikuti kegiatan yang diadakan oleh diklat RSUD FGD Pembenahan Dalam Perhitungan Jasa Medis di RSUD dengan narasumber adalah Direktur Rumah Sakit Al Ihsan Bandung
- c. Adanya kendala saat pengerjaan renovasi ruangan unit thalassemia. Permasalahan langsung di koordinasikan oleh *action leader* kepada PPK , dan penjelasan dari PPK adalah sementara pengerjaan unit thlasemia ditunda karena ada pengerjaan lain yang memerlukan pekerja untuk perbaikan ruang diklat yang memerlukan pekerjaan lebih cepat. Posisir uang diklat ada di lantai 2 runag thalassemia.
- d. Kegiatan pembuatan video alur pelayanan menjadi tertunda karena ruangan unit thlasemia yang masih dalam proses perbaikan.
- e. Penyusunan dokumen peraturan yang diperlukan pada unit thalassemia terpadu. Dokumen yang berhubungan dengan medis memerlukan dokter untuk melakukan penelaahan, baik dari alur pelayanan, standar operasional tatalaksana pasien thalassemia, panduan praktek klinik, *clinichal pathway* ini semua sangat berhubungan dengan dokter sebagai pelaksana.

- f. Implementasi layanan unit thalassemia terpadu tertunda, hal ini di karenakan proses renovasi ruangan dengan pihak ke 3 mengalami kendala
- g. Pembuatan alur video yang tidak sesuai hal ini karena selain dokumen alur belum selesai tapi juga karena implementasi ruangan thalassemia mengalami kendala
- h. Untuk sosialisasi kepada karyawan internal tidak dapat dilakukan dalam sekali waktu, tapi dilakukan secara bertahap dalam acara kegiatan yang diadakan oleh rumah sakit.

Maka, *action leader* pada tahap pelaksanaan berupaya tetap melakukan kegiatan yang dapat dikerjakan baik hanya dengan tim efektif yang melakukan kegiatan atau *action leader* yang memimpin. Kegiatan tersebut antara lain berkoordinasi dengan stakeholder eksternal dan internal serta Tim Efektif terutama pelaksanaan SIM RS di ruang unit thlaasemia

2. Pencapaian Hasil Aksi Perubahan

Selama Off Campus yang terdiri dari tahap Planning, Organizing, Actuating dan Controlling dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 3.5
Pencapaian Hasil Aksi Perubahan

No	Tahap Kegiatan	Target	Capaian
JANGKA PENDEK			
1.	Perencanaan (<i>Planning</i>)		
a	Laporan kepada mentor dan Direktur tentang hasil seminar rencana aksi perubahan dan pelaksanaan aksi perubahan	1 Kegiatan	100%

b	Koordinasi dengan rekan kerja yang akan dijadikan tim efektif dalam aksi perubahan yang akan dilaksanakan	1 Kegiatan	100%
c	Koordinasi <i>stakeholder internal</i> tentang rencana aksi perubahan yang akan dilaksanakan.	1 Kegiatan	100%
d	Mengumpulkan data-data untuk pelaksanaan aksi perubahan.	1 Kegiatan	100%
2 Pengorganisasian (Organizing)			
a	Penyusunan dan penerbitan SP pembentukan Tim Efektif	1 dokumen	100%
b	Rapat kerja dan konsolidasi Tim Efektif untuk pembagian tugas dalam pelaksanaan aksi perubahan.	1 Kegiatan	100%
c	Berkoordinasi dengan bidang terkait untuk pembuatan SOP dan alur pelayanan unit thalassemia terpadu	2 kegiatan	100%
d	Koordinasi dengan tim SIM RS untuk merencanakan menggunakan system	1 Kegiatan	100%

	SIM RS yang ada di padukan dengan SOP thalassemia terpadu		
3	Pelaksanaan (<i>Actuating</i>)		
a	Terlegalisasinya SOP dan Alur pelayanan unit thalassemia	5 Dokumen	100%
b	Terlaksananya pengecatan dan penataan ruang thalasemia	1 kegiatan	100%
c	Terwujudnya video alur pelayanan unit thalassemia terpadu	1 kegiatan	100%
d	Terlaksananya Bimtek dari tim SIM RS bagi operator	1 Kegiatan	100%
e	Sosialisasi pelayanan unit thalassemia terpadu kepada seluruh karyawan RSUD	1 Kegiatan	100%
e	Sosialisasi pelayanan unit thalassemia terpadu kepada Masyarakat / Pasien di RSUD	1 Kegiatan	100%
f	Implementasi pelayanan unit thalassemia terpadu	1 Kegiatan	100%
g	Adanya usulan pelayanan unit thalassemia terpadu	1 dokumen	100%
	Pembuatan surat pernyataan komitmen	1 Dokumen	100%

	berkelanjutan penggunaan pelayanan unit thalassemia terpadu beserta SOP nya		
4	Monitoring dan Evaluasi		
a	Melaksanakan monitoring dengan melakukan wawancara dengan pasien / keluarga dan stakeholder mengenai inovasi yang dibuat action leader	1 Kegiatan	100%
b	Menyusun laporan akhir pelaksanaan aksi perubahan	1 kegiatan	100%
c	Membuat persetujuan laporan pelaksanaan aksi perubahan oleh sponsor dan mentor	1 Kegiatan	100%
5. TAHAP PASKA PELATIHAN			
a	Tersusunnya laporan pelayanan unit thalassemia terpadu	November dan desember 2023	Evaluasi selama implementasi 14 hr 100%
b	Adanya laporan dari Tim JKN dan CM rawat Jalan mengenai klaim BPJS	November dan desember 2023	100%
c	Adanya laporan layanan unit thalassemia terpadu secara berkelanjutan di setiap triwulan	Desember 20123	Belum dikerjakan

Capaian dari implementasi aksi perubahan ini merupakan capaian yang dihasilkan dari masing-masing tahapan kegiatan dan dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. *Tahap Persiapan/Planning*

Tahap Persiapan dilaksanakan pada 5 September 2023 sampai dengan 9 September 2023. Dalam melaksanakan tahapan perencanaan aksi perubahan kegiatan diawali dengan:

- 1) Menghadap kepada Mentor untuk menyampaikan hasil pembelajaran dan tindak lanjut Rencana Aksi Perubahan. Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 5 September 2023. Mentor mendukung dan setuju untuk aksi perubahan yang akan di laksanakan Action Leader serta siap membantu semaksimal mungkin baik moril maupun materil untuk kelancaran aksi perubahan ini.



Gambar 3.4
Action Leader menghadap Mentor (dr Syamsu Ryza)

- 2) Menghadap Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Subang

Bertempat di Ruang Kerja Direktur tanggal 5 September 2023. Melaporkan dan berkonsultasi dengan Direktur RSUD Subang tentang kegiatan Rencana Aksi Perubahan yang akan dilaksanakan.



SURAT PERNYATAAN DUKUNGAN

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : dr. Achmad Nasuhi
 NIP : 196403171985031009
 Jabatan : Direktur RSUD Subang

Sehubungan dengan implementasi aksi perubahan Pelatihan Kepemimpinan Administrator (PKA) Angkatan VI Tahun Anggaran 2023 Pusdikmin Lemdiklat Polri, yang dilaksanakan oleh:

Nama : dr. Dooven Rini Damayanti
 NIP : 197706152007012008
 Jabatan : Kepala Bidang Pelayanan Medik
 Unit Organisasi : Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Subang
 Judul Aksi perubahan : Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Unit Thalasemia di Rumah Sakit Umum Daerah Subang

Dengan ini menyatakan bahwa Saya mendukung implementasi aksi perubahan tersebut dan mendukung sepenuhnya pelaksanaan kegiatan dimaksud.

Subang, 9 September 2023
 Direktur
 Rumah Sakit Umum Daerah Subang

(Signature)
 dr. Achmad Nasuhi
 NIP.196907262002121005

Gambar 3.5
 Project Leader Bersama Promoters (Direktur RSUD Subang)

- 3) Koordinasi dengan rekan kerja yang akan dijadikan Tim Efektif dalam aksi perubahan yang akan dilaksanakan.

Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 6 September 2023. *Action Leader* menjelaskan proyek perubahan yang akan dilaksanakan kepada Ners Pupu yang juga sebagai kepala unit thalasmia bersedia menjadi Tim Efektif dan mendukung semaksimal mungkin untuk terlaksananya, lancar dan suksesnya proyek perubahan ini.



Gambar 3.6
Action Leader bersama Calon Tim Efektif (Kepala Ruangan
Thalasemia)

- 4) Koordinasi serta Sosialisasi dengan Stakeholder Internal dan Eksternal perihal Aksi Perubahan.

Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 6 dan 7 September 2023. Stakeholder Internal sesuai daftar hadir Apresiasi serta mendukung terhadap proyek perubahan yang akan dilaksanakan Action Leader ini dalam upaya meningkatkan kinerja pelayanan melalui optimalisasi pengelolaan unit thalassemia di RSUD Subang



Gambar 3.7
Koordinasi Proyek Perubahan Action Leader bersama Stakeholder Internal (tim bank darah)



Gambar 3.8
Action Leader melakukan koordinasi kepada stakeholder internal yaitu Dokter, Tim JKN, Kepala Ruangan, MPP/CM, di ruang rapat kantor RSUD

- 5) Melakukan koordinasi dengan rekan kerja yang akan membantu sebagai tim efektif pada tanggal 8 September 2023.



Gambar 3.9
Koordinasi dengan Calon Tim Efektif, merumuskan Draf SK dan Tugas Tim Efektif

- 6) Mengumpulkan data – data dalam pembuatan / pelaksanaan aksi perubahan. Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 9 September 2023.
- 7) Koordinasi dengan stakeholder internal jajaran manajemen. Kegiatan dilakukan saat kegiatan rapat di ruangan Direktur pada tanggal 9 September 2023



Gambar 3.10
Koordinasi dengan Stakeholder internal jajaran manajemen Direktur, Mentor, wadirum, kabag/kabid di ruang Direktur

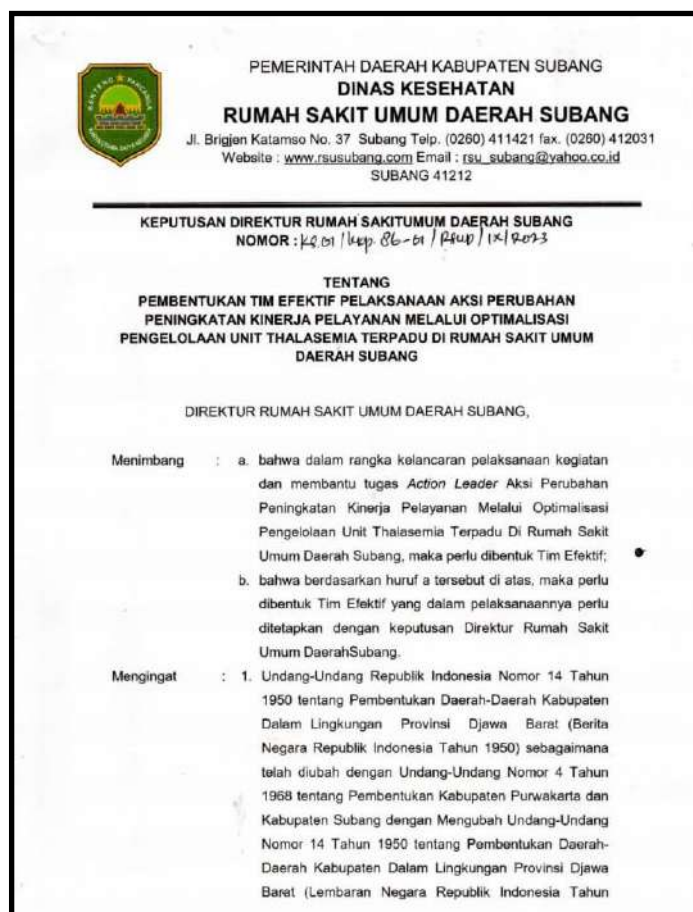
b. Tahap Pengorganisasian

Tahap berikutnya yaitu tahapan Pengorganisasi yang dilaksanakan dari tanggal 11 September 2023 sampai

dengan 14 September 2023 . Berikut rincian kegiatan pengorganisasian:

- 1) Membuat konsep surat tim efektif aksi perubahan serta Tersusunnya dan terwujudnya Surat Keputusan Tim Efektif Aksi Perubahan.

Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 11 September 2023. Action Leader melakukan koordinasi dengan beberapa stakeholder internal untuk meminta dukungan mengenai rencana aksi perubahan action leader agar dapat mengurangi risiko yang mungkin dapat terjadi saat pelaksanaan aksi perubahan.



Gambar 3.11
SK Tim Efektif yang terlegalisasi



Gambar 3.12

Action leader melakukan survey Ruangn Thalasemia dan membuat Nodin pengajuan perbaikan kepada Direktur RSUD



Gambar 3.13

Action Leader berkoordinasi dengan tim efektif bagian IT di SIM RS



Gambar 3.14

Action Leader berkoordinasi dengan stakeholder internal di ruang kepala bidang pelayanan penunjang RSUD Subang mengenai pemenuhan persiapan pelayanan thalassemia terpadu

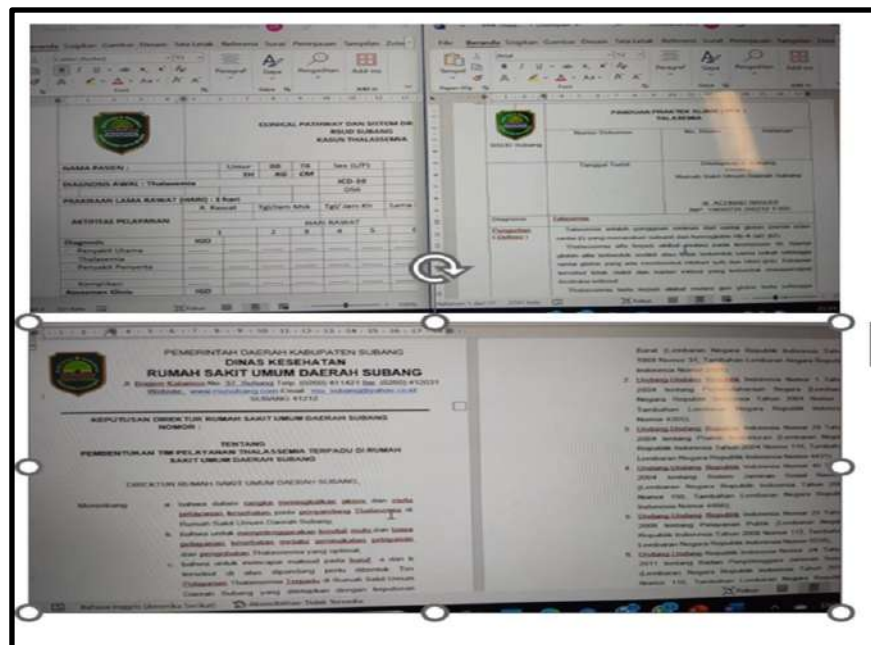


Gambar 3.15

Action Leader berkoordinasi dengan IT Tim efektif di SIM RS untuk melakukan percobaan sistem yang ada



Gambar 3.16
Melakukan konsultasi aksi perubahan dengan Mentor di ruang wadir pelayanan mengenai usulan Bed pasien untuk ruangan thalasemia



Gambar 3.17
Bersama dengan tim efektif staff Yanmed merumuskan Draf sk pelayanan, PPK dan CP Thalasemia

c. Tahap Pelaksanaan/*Actuating*

Tahapan selanjutnya adalah tahapan pelaksanaan yang dilaksanakan mulai tanggal 15 September 2023 sampai dengan 14 Oktober 2023.

- 1) Pelaksanaan renovasi ruangan unit thalassemia yang masih berlanjut, terutama dalam pemenuhan sarana nya. Bed pasien yang perlu diganti dan penataan ruangan



Gambar 3.18

Action Leader melakukan pengecekan sarana prasarana di unit thalasemia

- 2) Legalisasi Jenis pelayanan unit thalassemia di RSUD Subang. SK Direktur mengenai pemberlakuan pelayanan, SOP dan PPK Thalasemia



Gambar 3.19
SK dan SOP thalassemia yang telah dilegalisasi oleh direktur RSUD Subang

- 3) Sosialisasi dan Bimtek oleh SIM RS kepada petugas yang terkait pelayanan thalassemia terpadu



Gambar 3.20
Sosialisasi dari Tim IT SIM RS kepada action leader dan tim efektif untuk simulasi alur pelayanan thalassemia terpadu



Gambar 3.21

Bimtek dari SIM RS kepada petugas unit thalassemia di ruang SIM RS

- 4) Koordinasi dengan PPK dan stakeholder eksternal persiapan pelayanna thalassemia terpadu.



Gambar 3.22

Koordinasi dengan tim efektif dan PPK mengenai kelengkapan sarana unit thalassemia di ruang kerja PPK



Gambar 3.23

Action Leader berkoordinasi dan meminta dukungan stakeholder eksternal dari Yayasan Thalasemia di ruang rapat kantor



Gambar 3.24

Action Leader meminta dukungan dari stakeholder eksternal Dinas Kesehatan Kab. Subang pada acara FGD dengandwean pengawas RSUD



- Melakukan koordinasi dengan stakeholder internal
- Melakukan sosialisasi alur pelayanan thalassemia terpadu
- dukungan stakeholder internal dari Kepala SMF



Gambar 3.25

Action Leader melakukan koordinasi dan sosialisasi pelayanan thalasemia dokter spesialis anak dan kepala ruangan rawat inap dan poliklinik



Gambar 3.26

Action Leader melaporkan kepada mentor dan promotor mengenai hambatan dalam pelaksanaan aksi, kurangnya sarana prasarana untuk ruang thalasemia saat rapat manajemen



Gambar 3.27
Memberikan laporan dan berkonsultasi dengan Direktur di ruang kerja Direktur RSUD



Gambar 3.28
Action Leader melaporkan kepada mentor kendala aksi perubahan dan mendapatkan arahan dari mentor di ruang wadir pelayanan

5) Sosialisasi dan implementasi pelayanan thalassemia terpadu di RSUD Subang



Gambar 3.29

Action Leader memberikan sosialisasi pelayanan thalassemia terpadu kepada stakeholder internal yaitu petugas instalasi IGD pada acara rakor IGD



Gambar 3.30

Action Leader memberikan sosialisasi pelayanan thalassemia terpadu kepada stakeholder internal yaitu petugas ruang rawat intensive dan komite pada acara peresmian ruang HCU



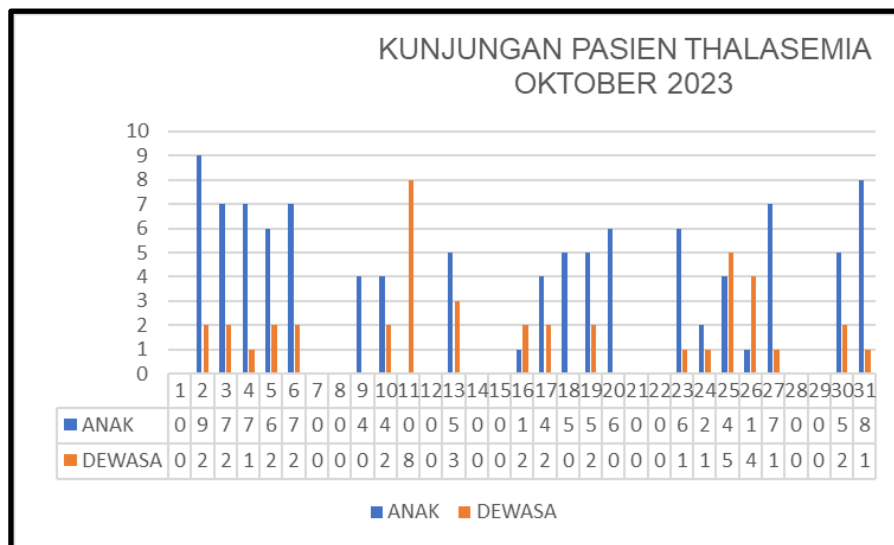
Gambar 3.31

Action Leader memberikan sosialisasi pelayanan thalassemia terpadu kepada stakeholder internal yaitu petugas ruang rawat jalan RSUD Subang

- 6) Implementasi pelayanan unit thalassemia terpadu pada tanggal 11 Oktober 2023 ruangan unit thalassemia selesai dilakukan renovasi. Peresmian yang dilakukan adalah pada tanggal 17 Oktober 2023.



Gambar 3.32
Peresmian oleh Direktur RSUD pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD Subang



Gambar 3.33

Data kunjungan pasien thalassemia bulan Oktober 2023 total sebanyak 146 terdiri dari anak 103 dan dewasa 43 pasien

Tabel 3. 6



Data pasien thalassemia dan masalah pengklaiman tahun 2023

BULAN	JUMLAH PASIEN	SESUAI	TIDAK SESUAI	ADM	FARMASI
Jan	18	2	3	11	2
Feb	32	10	12	10	0
Mar	35	20	10	5	0
April	36	18	11	4	3
Mei	33	13	9	7	4
Juni	44	24	12	2	6
Juli	44	17	13	12	2
Agus	42	26	18	3	7
Sep	29	14	8	7	0
Okt 1-15	21	8	8	5	3
16 - 31	23	17	2	4	1
Jumlah	357	169	106	70	28

Dari tabel di atas dapat terlihat dengan signifikan pada pelayanan thalassemia terpadu di mulai tanggal 17 Oktober 2023 di dapatkan 74% sesuai dengan persyaratan untuk diajukan klaim ke BPJS. Terdapat 6 pasien yang belum dapat di ajukan karena administrasi dan obat yang diberikan tidak sesuai dengan protocol terapi. Hal ini disebabkan karena

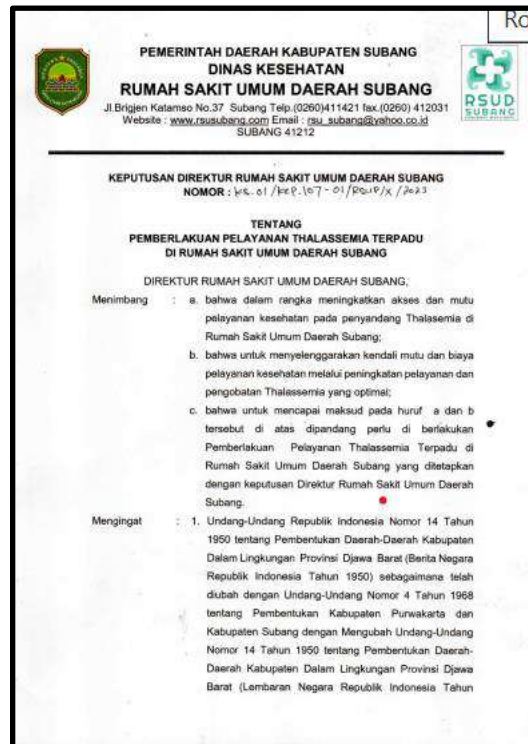
memang pasien tidak memiliki biaya untuk mobilisasi ke Bandung dan melakukan pemeriksaan ferritin, dan pasien yang memang tidak cocok dengan obat yang diberikan sebelumnya. Sudah ada beberapa solusi yang dilakukan yaitu pemeriksaan ferritin dengan dana bantuan dari Komite Medik RSUD sebanyak 12 pasien telah dilakukan pemeriksaan. Sehingga untuk bulan selanjutnya tidak ada pasien yang belum diperiksa ferritin kecuali pasien baru. Untuk pemberian obat yang tidak sesuai akan di sosialisasikan kembali SOP penatalaksanaan pasien thalassemia di RSUD.

- 7) Pembuatan surat pernyataan berkelanjutan penggunaan pelayanan thalassemia dilakukan secara terpadu. Selain itu terlegalisasinya melalui SK Direktur RSUD Nomor KS.01/Kep.107 – 01 / RSUD / X/ 2023 SK Pemberlakuan Pelayanan Thalassemia Terpadu Di Rumah Sakit Umum Daerah Subang

PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG	
DINAS KESEHATAN	
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUBANG	
Jl. Bnglen Kalamas No. 37 Subang Telp. (0260) 411421 fax. (0260) 412031	
SURAT PERNYATAAN KEBERLANJUTAN AKSI PERUBAHAN	
Saya yang bertanda tangan Di bawah Ini:	
Nama	dr. ACHMAD NASUHI
NIP	19690726 200212 1 005
Pangkat / Gol.	Pembina Tingkat II / IV.b
Jabatan	Direktur RSUD Subang
Bertindak Sebagai	Sponsor
Nama	dr. Douven Rini Damayanti
NIP	19770615 200701 2 008
Pangkat / Gol. Ruang	Pembina Tk I / IV.b
Jabatan	Kepala Bidang Pelayanan Medik
Bertindak Sebagai	Action Leader (Pemimpin Perubahan)
Dengan ini menyatakan :	
<ol style="list-style-type: none"> Menyetujui Penggunaan inovasi aksi perubahan yang dibuat oleh siswa Diklat PKA angkatan VI tahun 2023 atas nama dr.Douven Rini Damayanti, yang berjudul Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalassemia Terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Subang Bersedia menerima keberlangsungan inovasi pelayanan unit Thalassemia terpadu dalam mendukung peningkatan kinerja di RSUD Subang; Menyetujui unit Thalassemia terpadu di RSUD Subang 	
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Subang  dr. ACHMAD NASUHI NIP. 19690726 200212 1 005	Action Leader  dr. Douven Rini Damayanti NIP. 19770615 200701 2 008

Gambar 3.34

Surat pernyataan berkelanjutan aksi perubahan yang di tandatangani oleh Direktur RSUD



Gambar 3.35

SK Pemberlakuan pelayanan thalassemia terpadu di RSUD Subang

d. Tahap monitoring dan Evaluasi /Controlling

Tahapan selanjutnya adalah monitoring yang dilaksanakan mulai tanggal 16 Oktober 2023. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan melalui metode penyebaran kuesioner tentang pelayanan unit thlasemia terpadu bagi pasien dan keluarganya dan petugas yang terkait pelayanan thalassemia terpadu.

Pengisian google form yang dapat di akses pada link :

<https://forms.gle/gZwNu7mdF2GLmjf87>

agar penyusunan hasil monitoring lebih efektif dan efisien.

**KUESTIONER TENTANG
PELAYANAN UNIT THALASEMIA
TERPADU DI RSUD SUBANG
OKTOBER 2023**

Kuestioner ini dibuat dalam rangka upaya monitoring dan evaluasi peningkatan kinerja pelayanan melalui optimalisasi pelayanan unit thalasemia terpadu di RSUD Subang.

douvend@gmail.com [Switch account](#)

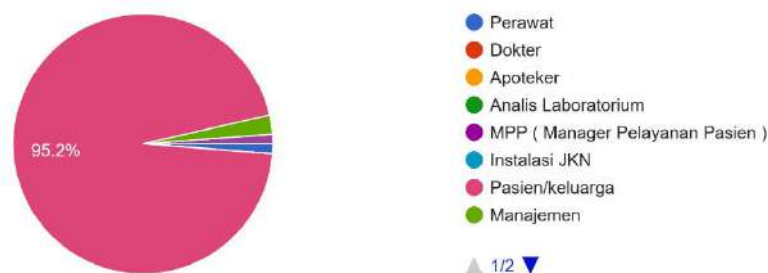
Not shared

* Indicates required question

Gambar 3.35
Form Kuestioner dan Evaluasi Pelayanan Unit Thlasemia
Terpadu di RSUD Subang

Dibawah ini adalah hasil survey yang dibagikan kepada responden :

3. Sebagai apakah keberadaan anda di RSUD Subang
84 responses

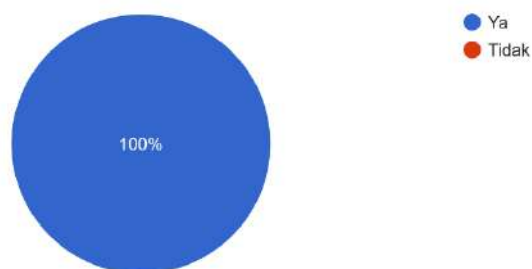


Gambar 3.37
Hasil Survey Status Responden

Dari hasil survey diatas didapatkan responden dari survey ini adalah sebanyak 84 orang. Sebanyak 95.2% atau 80 orang peserta adalah pasien/ keluarga pasien thalassemia dan 4 orang adalah petugas RSUD Subang.

4. Menurut anda apakah pelayanan thalassemia terpadu sangat bermanfaat

84 responses

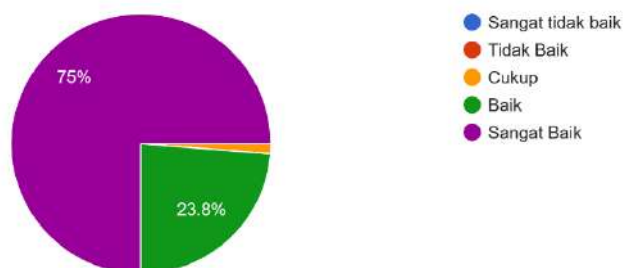


Gambar 3.38
Hasil Survey Manfaat Pelayanan Thalaseemia

Dari survey di atas di dapatkan hasil bahwa pelayanan thalassemia terpadu yang saat ini baru berjalan dianggap sangat bermanfaat oleh pengguna layanan ini baik menurut pasien/keluarga dan petugas RSUD Subang. Hal ini dibuktikan dengan 100% responden menjawab bahwa pelayanan thalassemia terpadu sangat bermanfaat bagi responden.

5. Bagaimana pelayanan perawat di unit thalassemia terpadu saat ini :

84 responses



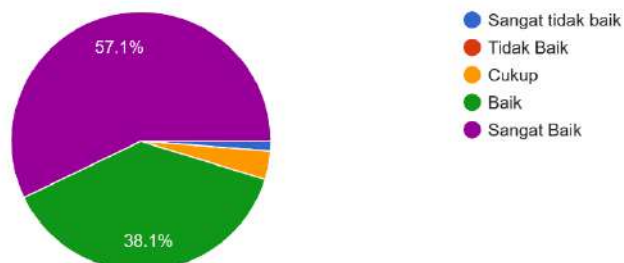
Gambar 3.39
Hasil Survey Pelayanan Perawat di Unit Thalaseemia

Menurut hasil survey kepada responden bahwa pelayanan yang diberikan oleh perawat thalassemia terpadu adalah sangat baik dan baik adalah sebesar 98,3 % atau 83

responden. Hanya 1, 2 % atau sebanyak 1 responden yang menyatakan cukup.

6. Bagaimana pelayanan dokter di unit thalassemia terpadu saat ini :

84 responses

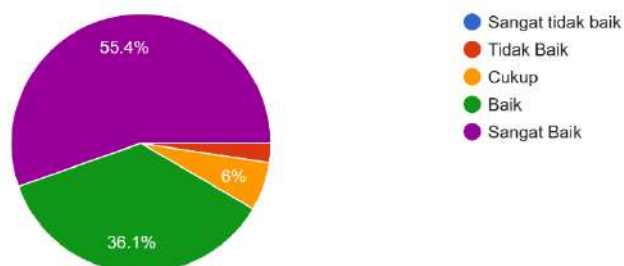


Gambar 3.40
Hasil Survey Pelayanan Dokter di Unit Thalasemia

Menurut hasil survey kepada responden yaitu pelayanan yang diberikan oleh dokter di unit thalassemia terpadu adalah 95,2% atau 80 respondendengan kriteria sangat baikdan baik. Sedangkan ada 1,2% atau 1 responden yang menyatakan bahwa pelayanan yang diberikan oleh dokter adalah sangat tidak baik. Hal ini perlu menjadi catatan saat monitoring dan evaluasi kedepan, hal apa yang sekiranya menyebabkan pasien merasa bahwa pelayanan dokter sangat tidak baik.

7. Bagaimana fasilitas yang ada di unit thalassemia terpadu saat ini :

83 responses

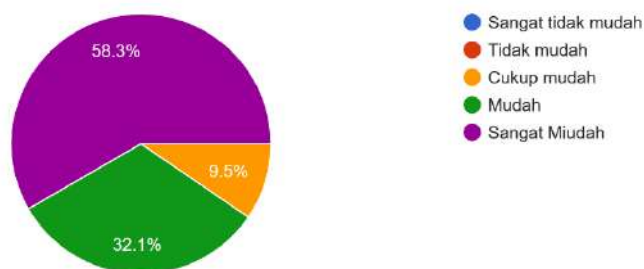


Gambar 3.41
Hasil Survey Fasilitas di Unit Thalasemia

Menurut hasil survey untuk fasilitas yang ada di unit thalassemia terpadu, sebanyak 97,5 % atau 81 responden adalah sangat baik, baik dan cukup sedangkan sebanyak 2,4% atau 2 responden menyatakan bahwa fasilitas RSUD tidak baik.

8. Kemudahan dalam mendapatkan pelayanan thalasemia saat ini :

84 responses



Gambar 3.42
Hasil Survey Kemudahan Mendapat Pelayanan di Unit
Thalasemia

Menurut hasil survey didapatkan sebanyak 90,3 % atau 76 responden menyatakan sangat mudah dan mudah mendapat pelayanan di Unit Thalasemia sedangkan sebanyak 9,5% atau 8 responden menyatakan cukup mudah.

Menurut hasil survey, saran yang diberikan oleh responden sebanyak 61 responden. Tanggapan responden mengenai adanya pelayanan thalasemia terpadu adalah :

- 2) Mengucapkan apresiasi yang besar terhadap RSUD Subang sudah memberikan kemudahan pelayanan kepada mereka dengan adanya pelayanan thalasemia terpadu. Sesuai dengan harapan mereka bahwa mereka tidak perlu melakukan pemeriksaan yang urutannya dirasa sangat panjang dan membuat mereka tidak nyaman,

- 3) Mereka berharap agar persediaan stok darah, obat selalu tersedia setiap saat,
- 4) Fasilitas tambahan seperti TV dan tambahan AC karena mereka berada di ruangan cukup lama sekitar 5 – 8 jam apabila ada tindakan transfusi darah,
- 5) Pelayanan dokter yang dirasakan mereka sudah baik, tapi ada beberapa saran yang mengharapkan dokter datang lebih pagi agar tindakan dapat dilakukan secepatnya dan mereka berharap dapat pulang lebih awal karena jarak tempuh RS dengan rumah yang lumayan jauh.

e. Nilai Tambah Bagi Organisasi

Berikut ini adalah perbandingan rencana capaian perubahan dengan pencapaian setelah aksi perubahan dilakukan :

Tabel 3.7
Pencapaian Setelah Aksi Perubahan

No	Nilai Tambah	Rencana	Realisasi
1	Memudahkan pasien dengan adanya pelayanan thalassemia terpadu	Adanya SK Direktur mengenai pemberlakuan pelayanan thalassemia terpadu di RSUD Subang	100%
2	Meningkatkan presentasi usulan klaim BPJS	93 %	74% (2 minggu)
3	Mempersingkat waktu klaim	1 Bulan	Selama monitoring pelaksanaan 2

			minggu 100 % siap syarat klaim
--	--	--	--------------------------------

f. Video Aksi Perubahan

Setelah melaksanakan seluruh tahapan pada kegiatan aksi perubahan, penulis membuat dua buah video, yaitu video alur pelayanan thlasemia terpadu dan video mengenai tahapan aksi perubahan, yang di unggah pada *platform youtube* .

1) Untuk alur pelayanan unit thalassemia terpadu

https://www.youtube.com/watch?v=wDW_SmCEPNQ

2) Untuk video aksi perubahan

<https://www.youtube.com/watch?v=l7xrGog5tcg>

Dalam video tersebut dijelaskan alur pelayanan dimana pasien datang sampai pasien pulang. Untuk video aksi perubahan dijelaskan rangkaian tahapan yang dilakukan selama melaksanakan aksi perubahan ini dan terdapat testimoni dari pasien.

3. Pelaksanaan strategi pengembangan kompetensi dalam aksi perubahan

Sebagai upaya peningkatan kompetensi dalam aksi perubahan, *action leader* melaksanakan beberapa kegiatan diantaranya:

Tabel 3.8
Kegiatan Pelaksanaan Strategi Pengembangan Kompetensi

NO	KEGIATAN	WAKTU	CAPAIAN
1	Optimalisasi Klaim BPJS Dalam Rangka Peningkatan Pendapatan Rumah	7 September 2023	Terlaksana lebih cepat dari RAP (15 September

	Sakit		2023)
2	<i>Trasnformational Leadership</i>	8 September 2023	Untuk bedah buku tidak terlaksana Action Leader mengikuti pelatihan yang diadakan oleh diklat.
3	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Subang	13 September 2023	Sesuai RAP
4	Pelatihan simulasi alur pelayanan thalassemia terpadu berdasarkan SOP	25 September 2023	Sesuai RAP
5	<i>Creativity At Work, Unlock You Potential To Solve The Problem and Double Produktivity At Work</i>	20 Oktober 2023	Tidak sesuai RAP. Pelatihan yang diadakan oleh diklat



Gambar 3.43

Action leader mensosialisasikan hasil In House Training Optimalisasi Klaim BPJS dalam Rangka Meningkatkan Pendapatan RS kepada sejawat dokter umum dan spesialis di ruang komite medik





Gambar 3.44

Action leader melakukan sosialisasi hasil IHT Trasformational Leadership kepada tim efektif dan kepala ruangan terkait thalasemia





Gambar 3.45
Action leader sebagai peserta IHT Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD



Gambar 3.46
Simulasi Alur Pelayanan Thalassemia Terpadu kepada petugas yang terkait pelayanan thalassemia terpadu



Gambar 3.46

Action leader mensosialisasikan materi In House Training Cretivity At Work di ruang rapat kantor kepada staf dari instalasi ,komite mutu dan didampingi manajemen

4. Keterkaitan mata pelatihan pilihan dengan aksi perubahan

Pelatihan yang diikuti oleh action leader semua sangat berhubungan dengan aksi perubahan yang sedang dilaksanakan oleh action leader. Mengenai pengklaiman BPJS action leader sangat berguna. Bagaimana petugaw mempersiapkan dokumen apa saja yang harus disiapkan untuk dapat diajukan klaim, kiat kiat yang sudah dilakukan oleh RS Al Ihsan Bandung dalam menghadapi Verifikator BPJS. Sosialisasi oleh action lebih ditujukan kepada sejawat dokter karena sebagai leader di dalam pengelolaan pasien. Apabila dokter sudah memahami Bagaimana proses klaim itu dapat diajukan dimana persyaratan pelengkap nya harus disesuaikan dengan yang diminta oleh BPJS maka kelengkapan berkas harus disesuaikan. Karena jika tidak sesuai maka klaim tersebut akan sulit untuk diajukan.

Pelatihan transformational leadership, dimana sebagai seorang pemimpin sebuah proyek perubahan, action leader harus dapat menguasai semua. Menyelesaikan masalah yang tidak dapat diselesaikan oleh tim efektif. mengambil keputusan yang tidak populer tapi dapat menghasilkan perubahan yang bermakna. Action leader memberikan sosialisasi kepada kepala ruangan yang terkait dengan pelayanan thalassemia. Masing masing kepala ruangan diharapkan bisa menjadi pemimpin yang menjadi panutan bawahannya, bekerja dengan tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi.

Action leader mengikuti Pelatihan mengenai mutu rumah sakit ,dan oleh action leader sementara ini harus di sosialisasikan kepada staff di bidang pelayanan medik. Bidang pelayanan medik harus membuat indicator mutu yang ditetapkan oleh bidang dan harus di capai dalam waktu tertentu.

Action leader meremfresh kembali bahwa setiap individu adalah pemimpin dari dirinya sendiri. Terlebih lagi dengan para peserta yang sudah diberikan Amanah untuk memang jabatan sebagai

kepala tim, maka dapat juga disebut sebagai pemimpin. Dan sebagai pemimpin setiap saat kita dihadapkan dengan berbagai jenis masalah yang menuntut keahlian kita sebagai pemimpin untuk membuat keputusan yang terbaik. Dan keputusan tersebut tidak hanya baik untuk tim kita tapi terlebih luas adalah bagi organisasi RSUD Subang. Dari jiwa jiwa pemimpin yang di berbagai sektor dalam ruang lingkup yang kecil terlebih dahulu yang nantinya akan mempengaruhi organisasi yang lebih besar dan demi tujuan yang lebih besar juga

BAB IV PENUTUP

A. Simpulan

Dari Aksi Perubahan yang telah dilaksanakan ini dapat diambil beberapa simpulan yaitu :

1. Tujuan dari aksi perubahan ini terbagi menjadi 2 (dua) tahap yaitu tahap Off Campuss dan tahap pasca pelatihan.
 - a. Tujuan pada tahap off campus dengan menjalankan rencana aksi perubahan yaitu terwujudnya pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD Subang, tersusunnya Standar Operasional Pelayanan (SOP) alur pelayanan di unit thalassemia terpadu di RSUD Subang, terintegrasinya pelayanan thalassemia dengan SIM RS, terlegalisasinya SK Pelayanan Thalasemia Terpadu dan adanya pelaporan rutin dari unit thalassemia terpadu pada periode September – Oktober 2023. Dari pelaporan minggu I – II setelah implementasi layanan unit thalassemia terpadu didapatkan bahwa terdapat 12 pasien thalassemia yang tidak memiliki protokol terapi dari Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, penulisan resep obat oleh dokter yang tidak sesuai dengan protocol terapi dapat di minimalisasi karena perawat yang mendampingi dokter saat visite memiliki daftar obat setiap pasien sesuai protocol terapi, dan dengan melakukan koordinasi dengan apoteker PIC farmasi obat thalassemia di dapatkan pasien yang tidak sesuai protocol terapi sebanyak dua pasien. Kemudian pemberian resep di konsulkan ulang kepada dokter pemeriksa dan resep obat diganti sesuai dengan protocol terapi yang ada. Dari laporan Manager Pelayanan Pasien (MPP) rawat jalan, berkas administrasi pasien thalassemia sudah lebih baik tersusun dan setiap setelah memberikan pelayanan pada pasien

thalassemia maka berkas dapat dijadikan usulan klaim ke BPJS. Tidak ada berkas yang tertunda di unit thalassemia yang dapat menyebabkan klaim tidak dapat diusulkan atau tertunda ajukan usulannya. Pengelolaan pasien dan berkas klaim di unit thalassemia saat ini menjadi lebih baik dan teratur alur prosesnya.

b. Tujuan Aksi Perubahan pada tahap pasca pelatihan adalah sebagai berikut :

- 1) Terlaksananya kegiatan monitoring dan evaluasi dalam rangka peningkatan pelayanan di unit thalassemia terpadu RSUD Subang.
 - 2) Terlaksananya laporan evaluasi pelayanan unit thalassemia terpadu dari intalasi JKN dan Case Manager rawat jalan RSUD Suabng.
 - 3) Terwujudnya laporan layanan unit thalassemia terpadu secara berkelanjutan di setiap semester.
2. Keberhasilan pelaksanaan aksi perubahan “Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalasemia Terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Subang “ tidak terlepas dari dukungan penguji, sponsor, mentor, coach dan hasil kerja keras serta komitmen tim efektif untuk menyelesaikan aksi perubahan sesuai dengan *Time Schedule* yang telah direncanakan. Demikian pula dukungan dari stakeholder internal dan eksternal sangat berperan dalam keberhasilan aksi perubahan ini. Pelayanan unit thalassemia terpadu ini menjadi sangat bermanfaat bagi pasien thalassemia yang mendapatkan pelayanan di RSUD Subang, kebutuhan khusus untuk pasien thalassemia dapat diberikan oleh rumah sakit dengan memberikan kemudahan dalam mendapatkan pelayanan menjadi nilai penting bagi rumah sakit.
3. Adapun hasil monitoring dan evaluasi melalui metode pengisian kuesioner terkait implementasi aksi perubahan “Peningkatan

Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalasemia Terpadu Di Rumah Sakit Umum Daerah Subang “ dapat diketahui tingkat kepuasan publik atas inovasi tersebut. Kesimpulan pada masing-masing ruang lingkup sebagai berikut:

- a. Hasil survey perihal kebermanfaatan pelayanan unit thalassemia terpadu di RSUD Subang adalah 100%.
- b. Hasil survey perihal pelayanan oleh petugas unit thlasemia terpadu di RSUD Subang adalah 98,3% atau 83 responden dengan kriteria baik dan sangat baik.
- c. Hasil survey perihal pelayanan dokter pelayanan unit thalassemia terpadu adalah 95,2% atau 80 responden. Perlu menjadi perhatian 1 responden menyatakan pelayanan dokter tidak baik.
- d. Hasil survey perihal fasilitas di unit thalassemia terpadu adalah 91,5% atau 81 responden menyatakan bahwa fasilitas di unit thalassemia sangat baik, baik dan cukup.
- e. Hasil survey perihal kemudahan dalam mendapatkan Pelayanan unit terpadu sangat mudah dan mudah sekitar 90,3% atau 76 responden, sisanya adalah cukup.

B. Rekomendasi

Mengingat terdapat manfaat yang diperoleh pada terwujudnya “Peningkatan Kinerja Pelayanan Melalui Optimalisasi Pengelolaan Unit Thalasemia Terpadu di RSUD Subang” maka terdapat rekomendasi sebagai berikut :

1. Dengan terwujudnya pelayanan unit thlasemia terpadu yang di usulkan oleh Action Leader bersama Tim Efektif ini masih jauh dari sempurna dan masih banyak kekurangan. Untuk itu diperlukan penyempurnaan pengembangan lebih lanjut sebagai unit pelayanan terpadu yang memeberikan pelayanan secara

terintegrasi di dalam satu tempat. Pengaturan jadwal harus lebih baik dan teratur dalam pelayanan tersebut

2. Berdasarkan hasil survey beberapa fasilitas perlu diperbaiki dan diadakan agar pelayanan dapat berjalan lebih baik dan pasien dapat terlayani dengan maksimal. Baik fasilitas medis ataupun non medis
3. Kedepan diharapkan pelayanan thalassemia terpadu ini menjadi salah satu pelayanan unggulan di RSUD Subang. Mengingat masih banyak pasien thalassemia asal Subang yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit lain karena keterbatasan layanan yang ada di RSUD Subang.

Demikian laporan akhir Aksi Perubahan ini dibuat, semoga dapat bermanfaat bagi terwujudnya peningkatan kinerja pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Subang.

DAFTAR PUSTAKA

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK 01.07/MENKES/1/2018 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Thalasemia

Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan Bidang Perumah sakitan

Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 5 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Pelatihan Struktural Kepemimpinan.

Peraturan Bupati Subang Nomor 34 Tahun 2022 Tentang Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Subang Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus

Peraturan Bupati Subang Nomor 102 Tahun 2021 Tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah Badan Kabupaten Subang

RIWAYAT HIDUP



dr. DOUVEN RINI DAMAYANTI, Lahir di Bandung 15 Juni 1977. Pendidikan terakhir Profesi Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta. Saat ini penulis sebagai ASN di Pemerintah Daerah Kabupaten Subang. Jabatan saat ini sebagai Kepala Bidang Pelayanan Medik Rumah Sakit Umum Daerah Subang.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

- a. Berita acara penyerahan aksi perubahan ;
- b. Pernyataan/dukungan stakeholder;
- c. Output yang dihasilkan;
- d. Pernyataan keberlanjutan aksi perubahan ;
- e. Laporan harian dan mingguan / Log Activity;
- f. Rencana Aksi Perubahan yang disetujui mentor dan coach;

