

LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI

LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN

PENINGKATAN PELAYANAN KEPERAWATAN MELALUI OPTIMALISASI SOP KEPERAWATAN DI RUMKIT BHAYANGKARA Tk.III PALU



Oleh :

NI NENGAH WINARTI, S.K.M
NOSIS 20250207030768

PESERTA PELATIHAN KEPEMIMPINAN PENGAWAS
ANGKATAN XIII T.A. 2025

**LEMBAR PERSETUJUAN
HASIL AKSI PERUBAHAN**

**PENINGKATAN PELAYANAN KEPERAWATAN MELALUI
OPTIMALISASI SOP KEPERAWATAN
DI RUMKIT BHAYANGKARA Tk.III PALU**

Peserta Pelatihan :

**NI NENGAH WINARTI, S.K.M
NOSIS 20250207030768**

Telah disetujui pada tanggal Juni 2025
Di Pusdikmin Lemdiklat Polri Bandung

COACH



LULUT HARDIANI, SAP,MAP
KOMPOL NRP 79030003

MENTOR



ABD. RAZAK, SKM, MM
AKP NRP 77050244

PENJELASAN COACH
TENTANG KEMAMPUAN PESERTA

Nama Peserta : Ni Nengah Winarti, S.K.M
Instansi : Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu
Jabatan : PS. Kaur Yanwat Subbidyanmeddokpol
Tempat aktualisasi : Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu

Saya menilai peserta Sangat Mampu/~~Mampu/Kurang Mampu/Tidak Mampu~~ melaksanakan Aksi Perubahan, 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, Juni 2025

COACH



LULUT HARDIANI, S.A.P., M.A.P.
KOMPOL NRP 79030003

PENJELASAN COACH

PEMILIHAN MATA PELATIHAN PILIHAN

Nama Peserta : NI NENGAH WINARTI, SKM
 Nosis : 20250207030768
 Instansi : RUMKIT BHAYANGKARA Tk. III PALU
 Nama Coach : LULUT HARDIANI, S.A.P,M.A.P

Judul Aksi Perubahan	Mata Pelatihan	Jalur Pembelajaran	Hubungan dengan Aksi Perubahan	Sumber Pembelajaran
2	3	4	5	6
Peningkatan Pelayanan Keperawatan Melalui Optimalisasi SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu	Pelatihan Struktural Kepemimpinan Ketrampilan Digital Skill Dalam Penyusunan Kebijakan	Belajar Mandiri	Modul ini bertujuan membekali ASN dengan literasi dan keterampilan digital yang aplikatif dalam penyusunan kebijakan publik. Peserta belajar memanfaatkan teknologi (e-learning, data digital, alat kolaborasi) untuk meningkatkan efisiensi, transparansi, dan evidence-based decision-making. Penguasaan digital skill ini mendukung adaptasi ASN terhadap transformasi birokrasi dan penguatan kapabilitas kepemimpinan di era revolusi digital	Materi pilihan pada PKP Angkatan XIII T.A. 2025
	Pelatihan Struktural Kepemimpinan Resiliensi Diri	Belajar Mandiri	Pelatihan Resiliensi Diri dari LAN RI bertujuan membentuk pemimpin yang tangguh secara mental dan	Materi pilihan pada PKP Angkatan XIII T.A. 2025

			emosional dalam menghadapi tekanan dan perubahan. Dengan memahami stres, mengidentifikasi stresor, dan mengelola emosi, pemimpin mampu beradaptasi, tetap produktif, dan memimpin secara efektif di tengah tantangan birokrasi.	
	Pelatihan Struktural Kepemimpinan Pengawas Gender Equality, Disability and social Inclusion (GEDSI) dari LAN RI	Belajar Mandiri	Pelatihan GEDSI bertujuan membentuk pemimpin yang peka, adil, dan inklusif dengan memahami dan menerapkan prinsip kesetaraan gender, disabilitas, dan inklusi sosial dalam setiap kebijakan dan layanan publik.	Materi pilihan pada PKP Angkatan XIII T.A. 2025

Bandung, Juni 2025



LULUT HARDIANI, S.A.P, M.A.P
KOMPOL NRP 79030003

PENJELASAN MENTOR
TENTANG KEMAMPUAN PESERTA

Nama Peserta : Ni Nengah Winarti, S.K.M
Instansi : Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu
Jabatan : PS. Kaur Yanwat Subbidyanmeddokpol

Tempat aktualisasi : Rumkit Bhayangkara Tk.III Palu

Saya menilai peserta Sangat Mampu/~~Mampu/Kurang Mampu/Tidak Mampu~~ melaksanakan Aksi Perubahan, 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, Juni 2025

MENTOR



ABD. RAZAK, S.K.M., M.M.

AJUN KOMISARIS POLIS NRP 7705024

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa Atas nikmat yang Tuhan berikan. Segala puji pada Tuhan atas segala berkat, rahmat, taufik, serta hidayah-Nya yang tiada terkira besarnya, sehingga saya dapat menyelesaikan laporan hasil aksi perubahan ini untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mengikuti Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) Polri Angkatan XIII TA. 2025 di Pusat Pendidikan Administrasi (Pusdikmin) Lemdiklat Polri dengan judul “PENINGKATAN PELAYANAN KEPERAWATAN MELALUI OPTIMALISASI SOP KEPERAWATAN DI RUMKIT BHAYANGKARA Tk.III PALU”

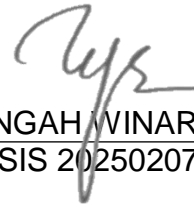
Action Leader mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu dalam membuat Laporan Hasil Aksi Perubahan ini. Pada kesempatan ini ucapan terima kasih *Action Leader* sampaikan kepada:

1. Bapak Kombes Pol Ruli Agus Pramono, S.I.K. selaku Kepala Pusdikmin Lemdiklat Polri Bandung yang memberikan arahan dan dukungan selama pendidikan ;
2. Bapak AKBP dr. Judy Dermawan, M.MKes Selaku Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu Biddokkes Polda Sulteng;
3. Kabag Gadik, Kabag Binsis, Kabag Diklat, Perwira Pengawas dan Perwira Penuntun yang telah memberikan bimbingan, saran dan dukungan;
4. Ibu Gadik Kepolisian Muda Pusdikmin Lemdiklat Polri Kopol Lulut Hardiani,SAP,MAP selaku *Coach*;
5. Bapak AKP ABD. RAZAK, S.K.M., M.M selaku Wakarumkit Bhayangkara Tk. III Palu Biddokkes Polda Sulteng, sekaligus juga sebagai Mentor yang telah membimbing dalam penyusunan Aksi Perubahan Informasi Pelayanan Publik ini.
6. Rekan-rekan peserta Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) Angkatan XIII Tahun 2025 yang berkoordinasi dan bekerjasama selama penulis mengikuti Pelatihan;
7. Komandan, senior dan rekan-rekan personel Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu yang selalu memberikan motivasi dan semangat sehingga Laporan Hasil Aksi Perubahan dapat selesai dengan lancar;

8. Seluruh Keluarga yang telah memberikan do'a dan dorongan semangat kepada *Action Leader* dalam mengikuti Diklat PKP Polri Angkatan XIII T.A. 2025 di Pusdikmin Lemdiklat Polri;
9. Semua pihak yang telah turut membantu dan memberikan dorongan baik moril dan materiil maupun spiritual sehingga Aksi Perbahan ini dapat selesai dengan tepat waktu.

Bandung, Juni 2025

PESERTA DIKLAT



NI NENGAH WINARTI, S.K.M
NOSIS 20250207030768

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN HASIL AKSI PERUBAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN	iii
LEMBAR PENJELASAN COACH.....	iv
PENJELASAN COACH PEMILIHAN MATA PELATIHAN PILIHAN	v
LEMBAR PENJELASAN MENTOR.....	
KATA PENGANTAR.....	
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
Deskripsi umum.....	1
Tujuan.....	10
Kemanfaatan Aksi Perubahan.....	11
B. Inovasi dan Output Aksi Perubahan	12
C. Ruang Lingkup	12
BAB II DESKRIPSI RENCANA AKSI PERUBAHAN	13
A. <i>Roadmap</i> dan <i>Milestone</i> aksi perubahan.....	13
Kegiatan	13
Waktu Pelaksanaan	13
Tahapan rencana aksi perubahan	13
B. <i>Stakeholder</i> aksi perubahan.....	16
<i>Stakeholder</i> Internal	16
<i>Stakeholder</i> Eksternal	16
Peran, pengaruh dan intensitas	17
C. Strategi Komunikasi	22

BAB III PELAKSANAAN AKSI	
PERUBAHAN.....	24
A. Pemanfaatan Sumber Daya.....	24
Mobilisasi SDM.....	24
Pengelolaan Anggaran.....	27
Pengelolaan sarana prasarana.....	28
Strategi mengatasi masalah.....	28
B. <i>Stakeholder</i>	29
Dukungan <i>Stakeholder</i>	29
Kuadran <i>Stakeholder</i> setelah aksi perubahan.....	30
C. Capaian Aksi Perubahan	34
Kesesuaian antara <i>Milestone</i> dan implementasi.....	34
Pencapaian hasil aksi perubahan.....	38
Pelaksanaan strategi pengembangan kompetensi dalam aksi	
perubahan.....	63
Keterkaitan mata pelatihan pilihan dengan aksi perubahan	66
BAB IV PENUTUP	70
A. Simpulan.....	70
B. Rekomendasi.....	70
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN-LAMPIRAN	74

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Perbandingan Kondisi	9
Tabel 1.2. Analisa USG	11
Tabel 2.1 Milestone Aksi Perubahan	16
Tabel 2.2. Daftar Identifikasi Stakeholder. Aksi Perubahan.....	21
Tabel 3.1. Anggaran aksi perubahan	30
Tabel 3.2 Strategi Mengatasi Masalah	32
Tabel 3.3 Identifikasi Stakeholder	34
Tabel 3.4 Kesesuaian Milestone dengan implementasi Aksi Perubahan ...	38
Tabel 3.5 Nilai Tambah Organisasi.....	40

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Struktur Organisasi Rumah Sakit.....	2
Gambar 1.2. Struktur Organisasi Subbidyanmeddokpol.....	3
Gambar 1.3. Waktu tunggu pasien pada SIM RS.....	5
Gambar 1.4. Laporan INM 5 waktu tunggu rawat jalan.....	5
Gambar 1.5. Laporan INM Kepatuhan Visite Dokter	6
Gambar 1.6 Laporan INM TW 1 tahun 2025.....	7
Gambar 1.7 SPO Mengukur Tekanan Darah.....	8
Gambar 1.8 Arsip SOP Konvensional	9
Gambar 3.1 Tata Kelola SDM Aksi Perubahan..	18
Gambar 3.2 .Peta Jejaring	28
Gambar 3.3 Kurva Kuadran Stakeholder Aksi Perubahan.....	29
Gambar 3.4 Menghadap Wakarumkit selaku Sponsor	42
Gambar 3.5 Menghadap Karumkit Bhayangkara Selaku Sponsor.....	42
Gambar 3.6 Sosialisasi pada Stakeholder Internal.....	43
Gambar 3.7 Sosialisasi pada Stakeholder Eksternal	44
Gambar 3.8 Sprin Tim Efektif dan Dokumentasi Rapat	45
Gambar 3.9 Rapat Pembagian Tugas Tim Efektif.....	46
Gambar 3.10 SOP keperawatan Lama dan Buku Panduan PPNI	47
Gambar 3.11 Penyusunan Rancangan SOP Keperawatan.....	47
Gambar 3.12 Rancangan SOP	47
Gambar 3.13 Koordinasi dengan Kasubbag Binfung.....	48
Gambar 3.14 Koordinasi dengan Komite Keperawatan	48
Gambar 3.15 Penandatanganan SK Penerapan SOP Keperawatan.....	48

Gambar 3.16 Sop Mengukur Suhu Tubuh.....	49
Gambar 3.17 Sop Pemasangan Infus	49
Gambar 3.18 Sop Mengukur Tekanan Darah	49
Gambar 3.19 Tampilan Pengarsipan SOP keperawatan secara digital berbasis Cloud	49
Gambar 3.20 Dokumentasi Sosialisasi SOP keperawatan dan Cara Akses SOP	50
Gambar 3.21 Undangan Sosialisasi	50
Gambar 3.22 Absen Sosialisasi	50
Gambar 3.23 Implementasi SOP Pemasangan Produk Darah	51
Gambar 3.24 Implementasi SOP Pemasangan Infus	51
Gambar 3.25 Implementasi SOP Injeksi Intramuskuler	51
Gambar 3.26 Implementasi SOP Pengukuran Suhu Tubuh	51
Gambar 3.27 Implementasi SOP Mengukur Tekanan Darah.....	52
Gambar 3.28 Implementasi Tata Cara Akses SOP Digital	52
Gambar 3.29 Angket/kuisisioner Monev SOP Keperawatan	53
Gambar 3.30 Rekapitulasi hasil angket/kuisisioner	54
Gambar 3.31 Rekapitulasi hasil angket/kuisisioner penggunaan SOP Keperawatan	55
Gambar 3.32 Nota Dinas pengajuan usulan penggunaan aksi perubahan ke dalam SKP	56
Gambar 3.33 SKP Action Leader yang sudah dimasukan aksi perubahan...57	
Gambar 3.34 Berita Acara Serah Terima Aksi Perubahan	57
Gambar 3.35 Surat pernyataan Keberlanjutan Aksi Perubahan	58
Gambar 3.36 Formulir Pelaksanaan Mentoring	59
Gambar 3.37 Formulir Dialog Tim Efektif dan Stakeholder	59

Gambar 3.38 Pemetaan Sikap Prilaku Peserta	61
Gambar 3.39 Penilaian mentor terhadap action leader	62
Gambar 3.40 Rekap Nilai Akhir Sikap Prilaku	62
Gambar 3.41 Sertifikat Webinar	63
Gambar 3.42 Sertifikat Webinar	63
Gambar 3.43 Sertifikat Webinar	64
Gambar 3.44 Modul Digital Skill Dalam Penyusunan Kebijakan	66
Gambar 3.45 Modul Resiliensi Diri	67
Gambar 3.46 Modul GEDSI	68

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

1. Deskripsi Umum

Berdasarkan Peraturan Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2011 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Bhayangkara Polri, Rumkit Bhayangkara merupakan UPT Pusdokkes Polri yang berkedudukan di bawah Kapusdokkes selaku pembina fungsi teknis kedokteran kepolisian dan kesehatan kepolisian. Untuk Pembinaan operasional dan administrasi Rumkit Bhayangkara yang berkedudukan di wilayah Polda berada di bawah Kapolda melalui Kabiddokkes.

Rumkit Bhayangkara bertugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan kedokteran kepolisian untuk mendukung tugas operasional Polri dan pelayanan kesehatan kepolisian bagi Pegawai Negeri pada Polri dan keluarganya serta masyarakat umum secara prima.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, Rumah Sakit

Bhayangkara menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

- a. Pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan secara internal pada bidang pengelolaan sumber daya dan operasional pelayanan sesuai dengan standar pelayanan Rumkit Bhayangkara;
- b. Pembinaan perencanaan dan administrasi Rumah Sakit Bhayangkara meliputi bidang personel, materiil, logistik dan keuangan;
- c. Pembinaan fungsi pelayanan kesehatan yang meliputi Sistem Informasi Manajemen (SIM), Rekam Medik (RM), dan pendidikan pelatihan serta penelitian pengembangan;

- d. Pelayanan medik dan keperawatan untuk mewujudkan pelayanan prima dan paripurna;
- e. Pelayanan Kedokteran Kepolisian yang meliputi kegiatan Kedokteran Forensik, Disaster Victim Identification (DVI) dan kesehatan Kamtibmas;
- f. Pelayanan penunjang medik dan penunjang umum untuk mewujudkan pelayanan prima dan paripurna; dan Penatausahaan dan urusan dalam kegiatan RSB.

a. Struktur Organisasi.

Struktur Organisasi Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palu pada saat ini dari sisi SDM berjumlah 272 orang dengan rincian pegawai tetap 94 orang dan pegawai BLU 155 orang, tenaga Medis Spesialis sebanyak 23 orang dan Dokter umum sebanyak 16 orang.

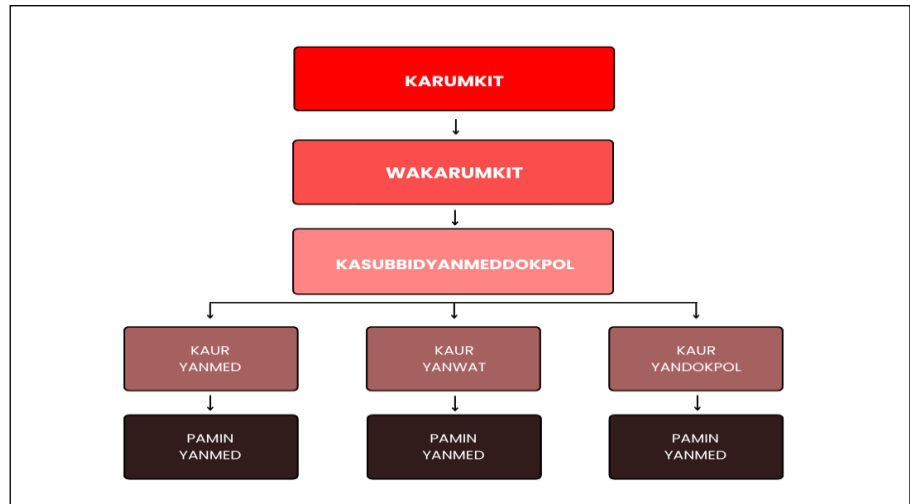
Susunan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palu sesuai Peraturan Kapolri Nomor 11 tahun 2011 tanggal 30 Juni 2011 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Bhayangkara dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1.1 Struktur Organisasi Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu

b. Tugas pokok fungsi dan Kedudukan Jabatan Pengawas

Untuk menggambar alur tugas dan wewenang Action Leader dalam organisasi Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu, Berikut struktur organisasi Subbidyanmeddokpol Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu



Gambar 1.2 Struktur Organisasi Subbidyanmeddokpol

Adapun action Leader mempunyai kedudukan jabatan sebagai Kaur Yanwat Subbid Yanmeddokpol, yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan keperawatan Rumah Sakit Bhayangkara.

Tugas pokok dan fungsi pelayanan keperawatan

- a. perencanaan dan pengelolaan pelayanan keperawatan;
- b. pengawasan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
- c. pembinaan dan pengembangan SDM Keperawatan;
- d. pengendalian mutu dan keselamatan pasien
- e. pengelolaan administrasi dan dokumentasi keperawatan

c. Masalah Aktual

1). Kondisi Saat Ini

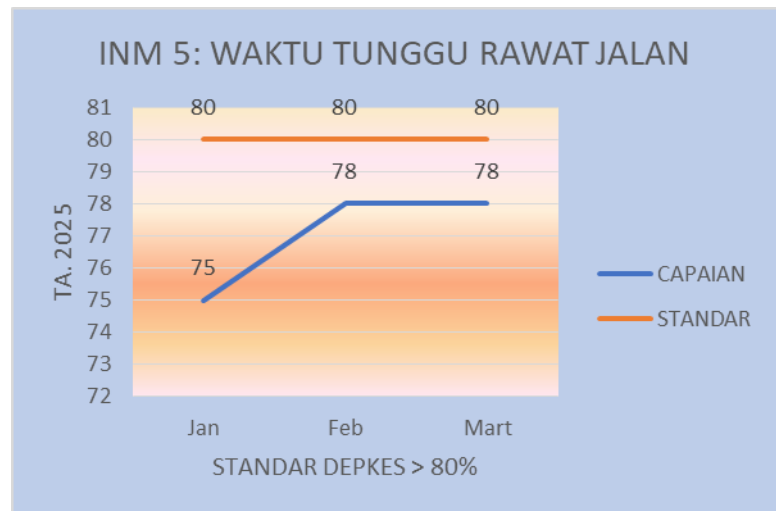
Berdasarkan pengalaman *Action Leader* dalam menduduki jabatan Kaur Yanwat ditemukan beberapa kendala pelaksanaan tugas antara lain:

a) Belum efektifnya waktu tunggu pelayanan rawat jalan.

Waktu tunggu pelayanan kesehatan berkaitan erat dengan kepuasan pasien terhadap suatu faskes. Standar waktu tunggu pasien di poli rawat jalan adalah ≤ 60 menit (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PerMenKes RI nomor 129 tahun 2008). Kondisi yang terjadi saat ini adalah masih ada pasien yang menunggu berjam-jam hingga menimbulkan ketidakpuasan terhadap pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Palu.

No.Rawat	No.RM	Nama Pasien	Poliklinik	Dokter	Tgl.Reg	Jam.Reg	Siap.Berfas	Berfas.di.Poli	Ditangani.Poli	Resep.Dikirim	Resep.Divalidasi	Tutup.Billing	J.R. s.d. S.R.	J.R. s.d. B.R.	J.R. s.d. D.R.
2025/03/24/000001	011404	ARIS SETHA WIBAWA	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	08:05:06	08:20:01	09:27:09	09:29:52	09:35:41	09:40:56	15:09:30	14.92	82.26	177.77
2025/03/24/000005	024848	NI KADEK SUWARIASIH	Poli Bedah	dr. Andy Hamdani, Sp.B	24/03/2025	08:13:15	08:20:11	00:00:00	13:21:18	13:19:49	13:21:54	15:45:34	6.92	0.27	308.03
2025/03/24/000006	024833	FADLI	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	08:15:27	08:24:52	09:30:00	11:05:15	09:31:19	09:42:42	15:58:50	9.42	74.55	169.8
2025/03/24/000008	017927	PUTRI ANGGARWATI	Poli THT	dr. Benjamin FL Sitoro, Sp.THT-AL	24/03/2025	08:17:51	08:25:00	00:00:00	12:29:54	12:31:38	13:38:34	16:47:55	7.15	97.85	252.05
2025/03/24/000011	023108	HUGAINA	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	08:25:52	08:30:15	09:21:39	11:01:14	09:32:31	09:35:41	16:00:34	4.38	65.78	155.37
2025/03/24/000012	023883	YUPTER MAIGA	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	08:27:03	08:30:09	09:32:55	11:09:58	09:34:44	09:43:53	15:55:20	3.10	65.87	162.92
2025/03/24/000013	024465	JUNAWAH	Poli Bedah	dr. AREF MUNDAR SINANGKA, Sp.B	24/03/2025	08:32:16	08:57:57	11:33:29	11:38:25	11:39:22	11:41:52	15:48:33	25.68	181.22	186.15
2025/03/24/000014	024822	ALEX HANGO	Poli Saraf	dr. Ismahah, Sp.N	24/03/2025	08:34:11	08:58:04	09:51:02	09:53:49	09:54:56	10:08:20	16:42:03	23.88	76.85	79.63
2025/03/24/000015	024837	JOSIA ALBRIAN KALEMBERO	Poli Bedah	dr. Andy Hamdani, Sp.B	24/03/2025	08:35:19	09:00:26	00:00:00	13:46:26	13:55:10	14:20:05	15:39:18	25.12	75.32	311.12
2025/03/24/000018	024923	RI KHWANG MELDA WATI	Poli THT	dr. Benjamin FL Sitoro, Sp.THT-AL	24/03/2025	08:46:46	08:53:33	00:00:00	10:49:07	10:43:52	10:49:36	10:35:57	6.78	56.77	122.35
2025/03/24/000023	007057	CAHYADI	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	08:57:33	09:08:18	09:38:05	10:53:18	09:38:57	10:07:23	16:01:03	10.75	40.53	115.75
2025/03/24/000025	022865	NURAZDAH KASIM	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	09:01:25	09:15:57	09:39:38	10:42:24	09:40:42	09:40:32	16:03:52	14.53	38.22	100.98
2025/03/24/000027	024754	MEDRYANI LUBIS	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	09:10:53	09:39:47	09:40:57	09:45:42	09:44:57	09:51:09	15:54:54	28.90	30.07	34.82
2025/03/24/000030	019183	ASHUDIN KEWE	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	09:16:24	09:42:48	09:45:30	09:42:46	09:46:20	10:05:16	16:01:44	26.40	29.10	26.37
2025/03/24/000031	024787	SURKIYADI	Poli Bedah	dr. Andy Hamdani, Sp.B	24/03/2025	09:18:47	09:35:52	00:00:00	13:10:55	13:11:41	13:17:22	15:44:53	21.08	68.78	232.13
2025/03/24/000032	021647	MOH. NAJIM MOH. SALEH	Poli Saraf	dr. Ismahah, Sp.N	24/03/2025	09:21:29	09:39:42	00:00:00	09:50:46	09:49:05	10:12:32	16:40:29	18.22	78.48	29.28
2025/03/24/000034	012445	SIDIQ GANTI	Poli THT	dr. Benjamin FL Sitoro, Sp.THT-AL	24/03/2025	09:23:32	09:40:05	00:00:00	12:32:31	12:33:35	13:38:55	16:46:20	16.55	84.53	188.98
2025/03/24/000035	023635	SUDIRMAN TUNJIDAN	Poli THT	dr. Benjamin FL Sitoro, Sp.THT-AL	24/03/2025	09:25:28	09:40:15	00:00:00	12:24:38	12:28:12	13:39:14	16:47:08	14.78	88.47	179.17
2025/03/24/000036	024688	COWA	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	09:33:23	09:39:23	09:46:36	11:06:30	09:47:33	09:55:50	15:58:21	6.00	13.22	93.12
2025/03/24/000039	024828	LEDA SURNANG WARDANI	Poli Saraf	dr. Ismahah, Sp.N	24/03/2025	09:38:34	09:43:43	09:56:15	10:01:03	10:04:13	10:17:00	16:39:28	5.15	17.68	22.48
2025/03/24/000041	001716	BAIQ SUNDARI	Poli Penyakit Dalam	dr. Hans Otto Pratama Yohan, Sp.PD	24/03/2025	09:39:33	09:44:48	09:48:45	10:49:32	09:49:45	10:16:15	16:02:20	5.25	5.20	69.98
2025/03/24/000042	001342	NANANG FUTELESTARE	Poli Saraf	dr. Ismahah, Sp.N	24/03/2025	09:40:33	09:59:40	10:04:39	10:09:32	10:12:02	10:10:03	16:38:44	15.12	24.10	28.98
2025/03/24/000045	024483	ASTRI WULANDARI LASAUDU	Poli Gigi PEROKODONTI	drp.MACHIRAH,Sp.PEROD	24/03/2025	09:54:57	10:54:50	00:00:00	10:52:49	11:05:10	11:40:02	16:45:32	59.88	94.95	158.82
Rata-rata Pelayanan Pasien :													22.7	87.9	132.7

Gambar 1.3 Waktu tunggu pasien pada SIM RS



**Gambar 1.4 Laporan Indikator Nasional Mutu 5
TW 1 TA. 2025**

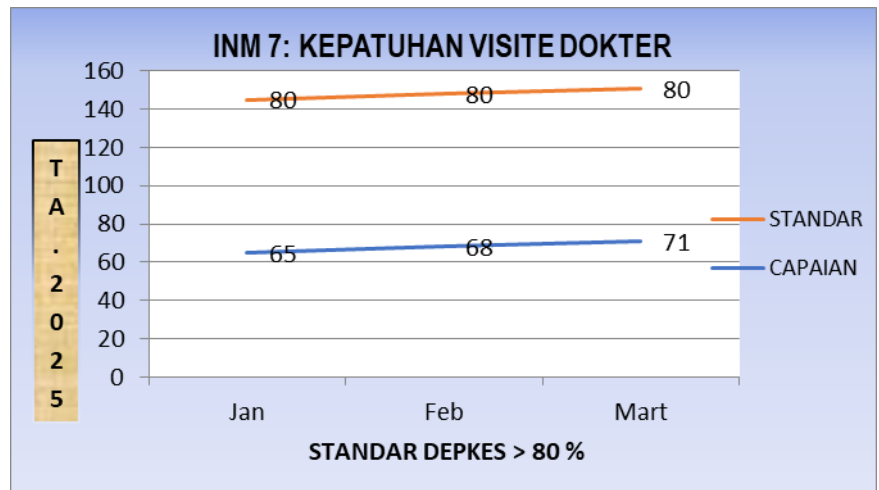
Terlihat gambaran dari SIM RS rata-rata waktu tunggu pasien sejak dari registrasi sampai pasien dilayani di Poliklinik adalah sekitar 132 menit dan pada laporan INM TW 1 capaian waktu tunggu pasien masih di bawah 80 % yaitu belum tercapai waktu tunggu sesuai standard SPM < 60 menit .

b). belum optimalnya Kepatuhan Visite Dokter

Visite Dokter merupakan kunjungan yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien dimana dokter bertindak sebagai DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan). Visite Dokter sesuai standar pelayanan minimal seharusnya dilakukan pada jam 08.00 s/d 14.00 setiap harinya. Namun saat ini visite dokter sebagian besar masih dilakukan diluar jam 14.00.

Perlu diketahui bahwa dokter praktek di Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Palu sebagian besar adalah dokter mitra yang juga berpraktek di rumah sakit lainnya, sehingga mereka lebih mengutamakan

jadwal visite ditempat kerjanya, baru ke Rumkit Bhayangkara Tk.III Palu.



Gambar 1.5 Laporan INM Kepatuhan Visite Dokter TW 1 TA. 2025

Dari gambaran laporan INM terlihat bahwa capaian kepatuhan visite dokter masih diangka 65 – 71 % dimana sesuai standar Depkes seharusnya capaian tersebut diangka 80 %.

c) standar operasional prosedur keperawatan yang sudah tidak relevan dan masih diarsipkan secara konvensional

Sop Keperawatan di Ruang Perawatan berjumlah 65 SOP. Saat ini SOP yang kurang sesuai dengan panduan PPNI berjumlah 3 SOP sedangkan yang tidak sesuai dengan aturan kemenkes berjumlah 2 SOP. Seperti pada SOP Keperawatan mengukur tekanan darah, dan mengukur suhu tubuh yang masih menggunakan peralatan yang mengandung air raksa. Sesuai Permenkes RI nomor 41 tahun 2014 tentang penghapusan dan penarikan alat kesehatan bermerkuri di Fasyankes, SOP tersebut

seharusnya sudah direvisi dan ditarik. Pada SOP Pemasangan Infus, SOP Injeksi Intramuscular, SPO Tranfusi Darah hanya mencantumkan identifikasi pada tahapan prosedur tindakan, sedangkan sesuai buku panduan PPNI seharusnya sebelum melakukan tindakan harus melakukan proses identifikasi menggunakan 2-3 parameter. Proses identifikasi pasien bukanlah sekadar prosedur rutin, melainkan inti dari praktik keperawatan yang aman dan berkualitas. Keterkaitan antara identifikasi dan tindakan keperawatan sangatlah erat dan tidak dapat dipisahkan. Identifikasi yang akurat menjadi prasyarat mutlak untuk setiap tindakan keperawatan yang diberikan, demi keselamatan dan keamanan pasien. Tanpa identifikasi yang benar, tindakan keperawatan berpotensi menjadi sumber bahaya yang serius yang dapat mengancam jiwa dan membahayakan pasien.

Dalam hal penyimpanannya , SOP Keperawatan juga masih disimpan secara konvensional, dimana hal ini tidak sejalan dengan Permenkes no 24 tahun 2022 dan Standar Akreditasi Kars , dalam mendukung Tranformasi Digital Rumah Sakit .

LAPORAN INDIKATOR MUTU NASIONAL TW I TAHUN 2025							
No	Indikator Nasional Mutu	Jumlah Denominator	Jumlah Numerator	Hasil Survey	Indikator	Analisis Capaian	Rencana Tindak Lanjut
1.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	200	180	90 %	>85 %	Perlu ditingkatkan lagi	Perlu mengingatkan untuk selalu menjaga kebersihan tangan
2.	Kepatuhan Penggunaan Alat pelindung Diri (APD)	250	245	98 %	100 %	Perlu ditingkatkan lagi	Perlu mengingatkan untuk selalu menggunakan APD
3.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	300	294	98 %	100 %	Perlu ditingkatkan lagi	Lakukan Optimalisasi GPO
4.	Waktu Tanggap Operasi Sectio Sesaria Emergency	3	3	100 %	>80%	Pertahankan Terus	Selalu mengingatkan DPJP untuk memperhatikan factor yang dapat memunda kegiatan Operasi
5.	Waktu Tunggu Rawat Jalan	631	495	78 %	>80%	Perlu ditingkatkan lagi	Perlu terus mengingatkan dokter agar dapat mematuhi jadwal buka pelayanan poli
6.	Penundaan Operasi elektif	143	4	2.8 %	<5 %	Turunkan jumlah penundaan operasi	Selalu mengingatkan DPJP untuk memperhatikan factor yang dapat memunda kegiatan Operasi
7.	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	630	450	71 %	>80%	Perlu ditingkatkan lagi	Perawat jaga mengingatkan DPJP jika ada pasien yang belum divisite
8.	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	105	105	100 %	100 %	Pertahankan Terus	Mengingatkan Piket Lab agar selalu responsif
9.	Kepatuhan Penggunaan Formulasi Nasional	715	650	90.1 %	>80%	Pertahankan Terus	Mengingatkan piket Apotik agar koordinasi dengan DPJP dalam penggunaan obat
10.	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	53	49	81 %	>80%	Pertahankan Terus	Patuhi terus Clinical Pathway
11.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	450	459	99.9%	100 %	Perlu ditingkatkan lagi	Awasai pasien yang beresiko untuk jatuh

Gambar 1.6 Laporan INM TW I tahun 2025

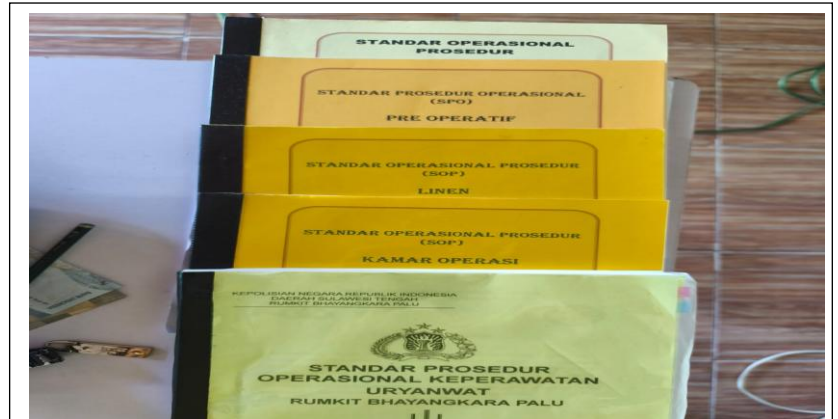
Dari gambaran laporan INM pada Triwulan I tahun 2025 terlihat bahwa capaian INM 3 (kepatuhan Identifikasi Pasien) masih diangka 98 % dimana sesuai standar Depkes seharusnya capaian tersebut diangka 100

MENGUKUR TEKANAN DARAH		
 RUMKIT BHAYANGKARA PALU	No. Dokumen : D/b/30/45/2021	No Revisi : 01 Halaman 1/2
	Tanggal Terbit: 21 Oktober 2021	Disahkan Karumkit Bhayangkara Palu  dr. Made Wijaya Putra, Sp. PD <small>AKBP NRP 720906</small>
Pengertian	Suatu tindakan yang dilakukan untuk mengetahui keadaan umum pasien dengan cara mengukur tekanan darah.	
Tujuan	1. Mengetahui keadaan umum pasien; 2. Mengobservasi adanya kelainan sehingga cepat memberikan pertolongan.	
Kebijakan	Berdasarkan Skep Karumkit Bhayangkara Palu Nomor : Kep01.11/2021 tentang Penerapan SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Palu.	
Prosedur	1. Persiapan Pasien : <ul style="list-style-type: none"> • Persiapan Mental : Menjelaskan pada pasien tentang prosedur yang akan dilakukan. • Persiapan Fisik : - • Persiapan Administrasi : - 2. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> • Tensimeter; • Stetoskop (k/p); • Buku catatan; • Alat tulis. 3. Cara Kerja : <ul style="list-style-type: none"> • Perawat mencuci tangan; • Mempersiapkan pasien berbaring; • Menyingsingkan lengan baju pasien; • Menasang manset tidak telalu erat/longgar 2.5 cm di atas fossa cubiti; • Menghubungkan pipa tensimeter dengan pipa manset; • Menutup skrup balon karet; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Membuka kunci reservoir; • Letak tensimeter harus datar; • Meraba Arteri Brachialis dengan 3 jari tengah; • Meletakkan bagian diafragma stetoskop tepat di atasnya; • Menganga balon sehingga udara masuk ke dalam manset sampai detak arteri tidak terdengar lagi/0 mmHg diatas nilai sistolik; • Membuka skrup balon perlahan-lahan dengan kecepatan 3 mmHg/detik sambil melihat skala dan mendengarkan bunyi detak pertama (sistolik) dan detak terakhir (diastole); • Menurunkan air raksa sampai dengan 0 (nol) dan mengunci reservoir; • Membuka pipa penghubung; • Melepaskan manset dan mengeluarkan udara yang masih tertinggal didalam manset; • Menggulung manset dan memasukkan ke dalam tensimeter; • Merapikan pasien; • Mempersiapkan alat pada tempatnya; • Perawat cuci tangan; • Mencatat hasil pada buku catatan dan status pasien.
Unit Terkait	1. Unit Rawat Inap; 2. Unit Rawat Jalan; 3. Unit Gawat Darurat.

Gambar 1.7. SOP Mengukur Tekanan Darah

Pada SOP mengukur tekanan darah terlihat pada prosedur masih menggunakan tensimeter air raksa, dimana hal tersebut sudah tidak diberlakukan lagi.



Gambar 1.8 Arsip SOP Konvensional

Pada gambar diatas terlihat pengarsipan SOP Keperawatan masih dilakukan secara konvensional sehingga tidak dapat diakses kapan dan dimana saja, hal ini juga tidak relevan dengan Permenkes no. 24 tahun 2022 dan standard Akreditasi Kars dalam mendukung Transformasi Digital Rumah Sakit.

2). Kondisi Yang diharapkan

Tabel 1.1. Perbandingan Kondisi

NO	KONDISI SAAT INI	KONDISI YANG DIHARAPKAN
1.	Belum efektifnya waktu tunggu pelayanan rawat jalan.	Efektifnya Waktu tunggu pelayanan pasien sesuai standar yang ditetapkan yaitu < 60 menit
2.	Belum optimalnya kepatuhan visite dokter	Optimalnya visite dokter sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) yaitu pukul 08.00 – 14.00.

3.	Adanya standar operasional prosedur keperawatan yang sudah tidak relevan dan penyimpanannya masih diarsipkan secara konvensional	<ul style="list-style-type: none"> - SOP Keperawatan sesuai dengan perkembangan IPTEK, kebijakan dan aturan baru - Penyimpanan SOP Keperawatan dilakukan dalam bentuk arsip digital berbasis cloud
----	--	--

Berdasarkan beberapa permasalahan tersebut, selanjutnya dilakukan identifikasi masalah yang paling dominan untuk diselesaikan dengan menggunakan alat analisis *USG (Urgency, Seriousness, Growth)*. Metode *USG* adalah salah satu cara untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan dengan cara menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu berskala nilai 1 - 5. Isu yang memiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas. Metode *USG* dapat diuraikan sebagai berikut:

- a) *Urgency*, yaitu dilihat seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi.
- b) *Seriousness*, atau seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan.

- c) *Growth*, artinya seberapa kemungkinan-kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan.

Diagnosa permasalahan pada Uryawat Subbidyanmedokpol Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu yang dilakukan dengan metode *USG* (*Urgency, Seriousness, Growth*) dapat dilihat pada tabel 1.2. berikut ini:

Tabel 1.2 Metode USG

No	Masalah	U	S	G	Jumlah	Prioritas
1	belum efektifnya waktu tunggu pelayanan rawat jalan.	4	3	3	10	3
2	belum optimalnya kepatuhan visite dokter	4	4	3	11	2
3	adanya standar operasional prosedur keperawatan yang sudah tidak relevan dan penyimpanannya masih diarsipkan secara konvensional	5	5	5	15	1

Keterangan skor:

1= sangat rendah,

2 = rendah,

3 = sedang,

4 = tinggi,

5 = sangat tinggi

Berdasarkan hasil analisis *USG*, maka permasalahan yang akan diangkat oleh *action leader* adalah Peningkatan Pelayanan Keperawatan Melalui Optimalisasi SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu.

d. Rumusan Masalah

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa isu prioritas dengan skor tertinggi adalah “standar operasional prosedur keperawatan sebagian sudah tidak relevan dan penyimpanannya masih diarsipkan secara konvensional”. sehingga perawat masih menggunakan sop tersebut dalam melakukan tindakan, dimana hal ini dapat menyebabkan terjadinya kesalahan prosedur, yang berujung cedera pada pasien. SOP yang tidak relevan juga dapat menurunkan kualitas pelayanan keperawatan dan memperlambat proses perawatan serta meningkatkan biaya operasional. Hal ini juga bisa mengakibatkan meningkatnya tuntutan malpraktik dimasa mendatang, yang mana seharusnya SOP itu menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan harus relevan pada kemajuan teknologi medis, perubahan regulasi, serta hasil penelitian terbaru. Keperawatan berbasis bukti atau evidence-based nursing (EBN) membuat beberapa SOP yang lama bisa jadi tidak sesuai dengan praktik berbasis bukti

Berdasarkan hasil identifikasi masalah yang sudah dituangkan diatas, Action Leader fokus pada permasalahan yang paling relevan untuk diangkat, adalah “standar operasional prosedur keperawatan yang sudah tidak relevan dan penyimpanannya masih diarsipkan secara konvensional” dengan tema aksi perubahan “**Peningkatan Pelayanan Keperawatan melalui Optimalisasi SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu** “

2. Tujuan

Tujuan Aksi Perubahan ini dibagi menjadi 2 (dua) tahap yaitu :

- a. Tahap *Off Campus* selama 60 hari:
 - 1) terwujudnya reviu SOP Keperawatan bagi sop yang sudah tidak relevan lagi;
 - 2) terbitnya Surat Keputusan tentang pemberlakuan SOP Keperawatan yang telah direviu;
 - 3) terdokumentasinya SOP Keperawatan sebagai arsip digital berbasis cloud ;
 - 4) terlaksananya sosialisasi Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan;
 - 5) terlaksananya sosialisasi tata cara akses arsip digital SOP Keperawatan ;
- b. Tahap Pasca Pelatihan sebagai berikut:
 - 1). Terwujudnya pelaksanaan *pelayanan keperawatan* sesuai standar;
 - 2). Tersusunnya laporan Monitoring dan evaluasi pelaksanaan SOP Keperawatan secara berkelanjutan;
 - 3). Tersosialisasinya SOP Keperawatan bagi semua perawat;

3. Kemanfaatan Aksi Perubahan

Pemerintah Republik Indonesia mencanangkan Program Reformasi Birokrasi Tematik (RBT). Reformasi Birokrasi Tematik merupakan suatu pendekatan dalam reformasi birokrasi yang bertujuan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pemerintahan dalam mengatasi permasalahan tertentu. Program Reformasi Birokrasi Tematik (RBT) berdampak memiliki 4 (empat) point yaitu:

- a. Pengentasan kemiskinan;
- b. Peningkatan investasi;
- c. Digitalisasi administrasi pemerintahan; dan
- d. Prioritas Aktual Presiden

Sebagai pejabat Pengawas, *action leader* harus menerapkan program kerja yang selaras dengan kebijakan pemerintah untuk mendukung percepatan reformasi birokrasi tematik. Peningkatan mutu pelayanan melalui optimalisasi SOP Keperawatan adalah salah satu tema pelaksanaan reformasi birokrasi tematik yaitu prioritas aktual presiden dalam rangka meningkatkan pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM).

Adapun manfaat rencana aksi perubahan terhadap stakeholder internal dan eksternal adalah, sbb:

- 1) Manfaat bagi *Stakeholder* Internal
 - a). Meningkatkan kualitas pelayanan, efisiensi kerja dan keamanan bagi tenaga perawat Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Palu
 - b). Membantu memastikan bahwa seluruh tenaga medis dan keperawatan bekerja dengan cara yang konsisten dan terstandarisasi
- 2) Manfaat bagi *Stakeholder* Eksternal
 - a). Memperoleh pelayanan keperawatan yang sesuai standar;
 - b). Meningkatnya kepuasan dan kepercayaan pasien dan keluarga yang dirawat di Rumah Sakit

B. Inovasi Dan Output Rencana Aksi.

1. Inovasi

Inovasi yang dibuat dan digunakan dalam aksi perubahan ini adalah Reviu Standar Operasional Prosedur Keperawatan dan Standar Operasional Prosedur yang telah direviu di arsipkan dalam bentuk digital berbasis Cloud sehingga mudah diakses melalui android. Personel dapat mengakses SOP Keperawatan menggunakan Gadget HP android/Tablet/PC/Laptop. Personel dapat mengakses SOP keperawatan dimana saja dan kapan saja dengan menggunakan sxcn barcode dan tautan Link.

2. Output Aksi Perubahan

- a. Surat Keputusan Tim Efektif ;
- b. Surat Keputusan Penerapan SOP Keperawatan;
- c. Sosialisasi Standar Operasional Prosedur Keperawatan;
- d. Dokumentasi SOP Keperawatan dalam Google Drive;
- e. Surat Pernyataan Keberlanjutan Penggunaan SOP Keperawatan dan Pengarsipannya pada Cloud.

C. Ruang Lingkup

Dalam bagian ini, akan dijelaskan batasan dari Laporan Aksi Perubahan yang dilakukan sehingga jelas permasalahan yang akan dibahas. Dalam aksi perubahan ini, ruang lingkungnya berupa kegiatan difokuskan pada Reviu SOP Keperawatan dan Pengarsipan SOP Keperawatan secara digital berbasis Cloud yang akan dilaksanakan sesuai dengan tahapan-tahapan selama *off campus* peserta melaksanakan aksi perubahan.

BAB II

DESKRIPSI RENCANA AKSI PERUBAHAN

A. *Roadmap* dan *Milestone* aksi perubahan

Roadmap atau peta jalan merupakan rencana kerja rinci yang menggambarkan apa yang dilakukan untuk mencapai tujuan. *Roadmap* pada umumnya disusun sebagai bagian dari rencana strategis. Substansi *Roadmap* terdiri dari kondisi awal sebelum implementasi aksi perubahan, kondisi saat ini setelah implementasi aksi perubahan, tahap pelaksanaan kegiatan dan sasaran serta monitoring/evaluasi.

Tabel 2.1 Milestone Aksi Perubahan

NO.	TAHAPAN	WAKTU	OUTPUT
1	2	3	4
A.	TAHAP OFF CAMPUS (60 HARI)		
1.	PERENCANAAN / PLANNING		
a.	Laporan kepada mentor tentang hasil seminar rancangan aksi perubahan serta pelaksanaan kepemimpinan (<i>off campus</i>) selama 60 hari serta berkonsultasi dengan mentor untuk rencana pembentukan tim efektif.	Minggu ke -I 5 Mei 2025 (1 hari)	Dokumentasi
b.	Menghadap kepada Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu menjelaskan tentang rencana aksi perubahan	Minggu ke- I 6 Mei 2025 (1 hari)	Dokumentasi
c.	Melakukan koordinasi dan sosialisasi awal, penyamaan persepsi dengan stakeholder internal dan rencana pembentukan TIM Efektif	Minggu ke- I 7 -8 Mei 2025 (2 hari)	-Dokumentasi, -Dukungan dari stakeholder internal

d.	Berkoordinasi dengan para <i>Stakeholder</i> external mengenai aksi perubahan.	Minggu ke -I 9 Mei 2025 (1 hari)	- Dokumentasi , dan dukungan dari stake holder external
2.	PENGGORGANISASIAN (ORGANIZING)		
a.	Pembentukan Tim efektif untuk mendukung Aksi Perubahan	Minggu ke- II 13 Mei 2025 (1 hari)	- Undangan - Absensi - Notulen rapat - Dokumentasi
b.	Membuat Surat Perintah Tim efektif	Minggu ke - II 14 – 15 Mei 2025 (2 hari)	- Dokumen - Surat Perintah Tim Efektif
c.	Melaksanakan rapat Tim efektif untuk menyepakati pembagian tugas dan peranan masing-masing anggota Tim Efektif dalam mendukung aksi perubahan.	Minggu ke- II 16 Mei 2025 (1 hari)	- Undangan - Daftar Hadir - Dokumentasi - Tabel pembagian tugas
d.	Mengumpulkan data pendukung untuk pelaksanaan riview SOP Keperawatan dan penyusunan draft kuisisioner pada Google Form	Minggu ke - II 19 Mei 2025 (1 hari)	- Dokumentasi
3.	PELAKSANAAN/IMPLEMENTASI		
a.	Menyusun rancangan SOP Keperawatan bersama Tim Efektif.	Minggu ke- III 20 – 21 Mei 2025 (2 Hari)	- Undangan - Absensi - Dokumentasi - Draft SOP

b.	Penandatanganan SK SOP oleh Karumkit dan Koordinasi SOP ke Komite Keperawatan dan Kasubbag Binfung	Minggu ke - III 22 – 23 Mei 2025 (2 Hari)	-Dokumentasi -SOP yang sudah di TTD
c.	Pengarsipan SOP Keperawatan pada Link RS dan Pembuatan Tutorial Cara Akses SOP Keperawatan pada Link RS	Minggu ke - IV 26 Mei 2025	- Dokumentasi - Video Cara Akses SOP pada link RS
d.	Sosialisasi SOP Keperawatan yang telah di riview kepada para perawat Sosialisasi cara akses SOP Keperawatan pada Link RS	Minggu ke- IV 27 Mei 2025	-Undangan, - Daftar hadir -Dokumentasi
f.	Implementasi SOP Keperawatan diruangan Rawat Inap dan Implementasi Cara Akses SOP Keperawatan pada Link RS	Minggu ke - IV-VII 28 Mei 2025 s/d 21/06/2025 (26 Hari)	Dokumentasi
4. MONITORING & EVALUASI (CONTROLLING)			
a.	Membuat dan menyebarkan kuisioner terkait pelaksanaan implementasi aksi perubahan melalui <i>googleform</i> dan lembar penilaian INM	Minggu ke- VIII 23 Juni 2025	-Googleform -Blangko INM
b.	Pengolahan hasil evaluasi	Minggu ke -VIII 24 Juni 2025	Rekapitulasi hasil evaluasi
c.	Pembuatan Berita Acara Aksi Perubahan	Minggu ke- VIII 25 Juni 2025	Berita Acara
d.	Serah Terima Aksi Perubahan dan keberlanjutan aksi perubahan	Minggu ke- VIII 26 Juni 2025	Dokumentasi

B. TAHAP PASCA PELATIHAN			
a.	Terwujudnya monitoring dan evaluasi secara berkala terkait Implementasi Aksi Perubahan yang dilakukan pada Uryanwat Subbidyanmeddokpol Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu.	Dilaksanakan setelah diklat sampai 6 bulan yang akan datang.	
b.	Pengarsipan bagi SOP Keperawatan yang baru dan revisi secara berkelanjutan pada link RS		
c.	Peningkatan capaian Indeks Nasional Mutu Kepatuhan Identifikasi Pasien tercapai sesuai standar		

B. *Stakeholder* Aksi perubahan

Keberadaan dan kontribusi *stakeholder* terhadap aksi perubahan memiliki peran yang penting. *Stakeholder* yang dimaksud adalah orang-orang atau kelompok atau satuan kerja yang diidentifikasi memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan dan output aksi perubahan, baik secara positif maupun negatif. Dalam suatu aksi perubahan terdapat 2 (dua) kelompok *stakeholder* yaitu *stakeholder internal* dan *stakeholder eksternal*.

1. Stakeholder Internal, terdiri dari:

- a. Kaur Yanmed;
- b. Kaur Yandokpol;
- c. Pamin Uryanwat;
- d. Kepala Ruang Perawatan
- e. Staf Keperawatan
- f. Komite Keperawatan

g. Tim IT

2. Stakeholder Eksternal, terdiri dari:

- a. Karumkit
- b. Wakarumkit
- c. Kasubbag Renmin;
- d. Kasubbag Binfung;
- e. Kasubbag Wasintern;
- f. Kasubbid Jangmedum;
- g. Kaur Wasopsyan;
- h. Kaur SIM & RM;
- i. Komite Medik;
- j. Pasien;

1) Peran, pengaruh dan intensitas

a). Peran, pengaruh dan intensitas dari *stakeholder*

Stakeholder dalam aksi perubahan merupakan sekelompok orang atau satuan kerja yang memiliki fungsi memberikan kontribusi baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap aksi perubahan. Pada pemetaan *stakeholder*, pembagian kontribusi *stakeholder* dibagi berdasarkan pengaruh (*influence*) dan memiliki kepentingan (*interest*).

Tabel 2.2. Daftar Identifikasi *Stakeholder* Rencana Aksi Perubahan

NO	STAKE HOLDER	TIM EFEKTIF	JENIS STAKE HOLDER			KELOMPOK STAKE HOLDER				STRATEGI KOMUNIKASI/
			PRIMER	SEKUNDER	UTAMA	PROMOTER	LATENS	DEFENDERS	APATHETICS	
A INTERNAL										
1.	Karumkit				√	+(9)				CANALIZING /MC
2.	Wakarumkit				√	+(9)				CANALIZING/ MC
3.	Kauryanmed	√	√					+(6)		INFORMATIF/ ME
4.	Kaur Yandokpol	√	√					+(6)		INFORMATIF/ ME
5.	Pamin uryanwat	√	√						+(5)	INSTRUKTIF/KI
6.	Kepala Ruang Perawatan	√	√						+(5)	INSTRUKTIF/ KI
7.	Staf keperawatan	√	√						+(5)	INSTRUKTIF/ KI
8.	Komite Keperawatan	√		√					+(5)	INSTRUKTIF/ KI
B EKSTERNAL										
1.	Kasubbagrenmin			√				+(6)		INFORMATIF /ME
2.	Kasubbag binfung			√				+(6)		INFORMATIF /ME
3.	Kasubbag Wasintern			√				+(6)		INFORMATIF /ME
4.	Kasubbid jangmedum			√				+(6)		INFORMATIF /ME
5.	Kaur wasopsyan			√					+(2)	PERSUASIF/ KS
6.	Kaur SIM & RM			√					+(2)	PERSUASIF/ KS
7.	Komite Medik			√					+(2)	PERSUASIF/ KS
8.	Pasien			√					+(2)	INSTRUKTIF/ KI
9.	Tim IT			√					+(2)	INSTRUKTIF/ KI

Keterangan:

a) Jenis *stakeholder*

- Primer : penerima manfaat/target dari upaya
- Sekunder : mereka yang langsung terlibat
- Utama : pejabat yang membuat kebijakan

b) Kelompok *stakeholder*

- *Promoter* : pengaruh tinggi, ketertarikan tinggi
- *Laten* : pengaruh tinggi, ketertarikan rendah

- *Defender* : pengaruh rendah, ketertarikan tinggi
- *Apathetic* : pengaruh rendah, ketertarikan rendah

c) Pemetaan posisi dari setiap *stakeholder*.

- Mendukung : +
- Menolak : -
- Netral : +/-

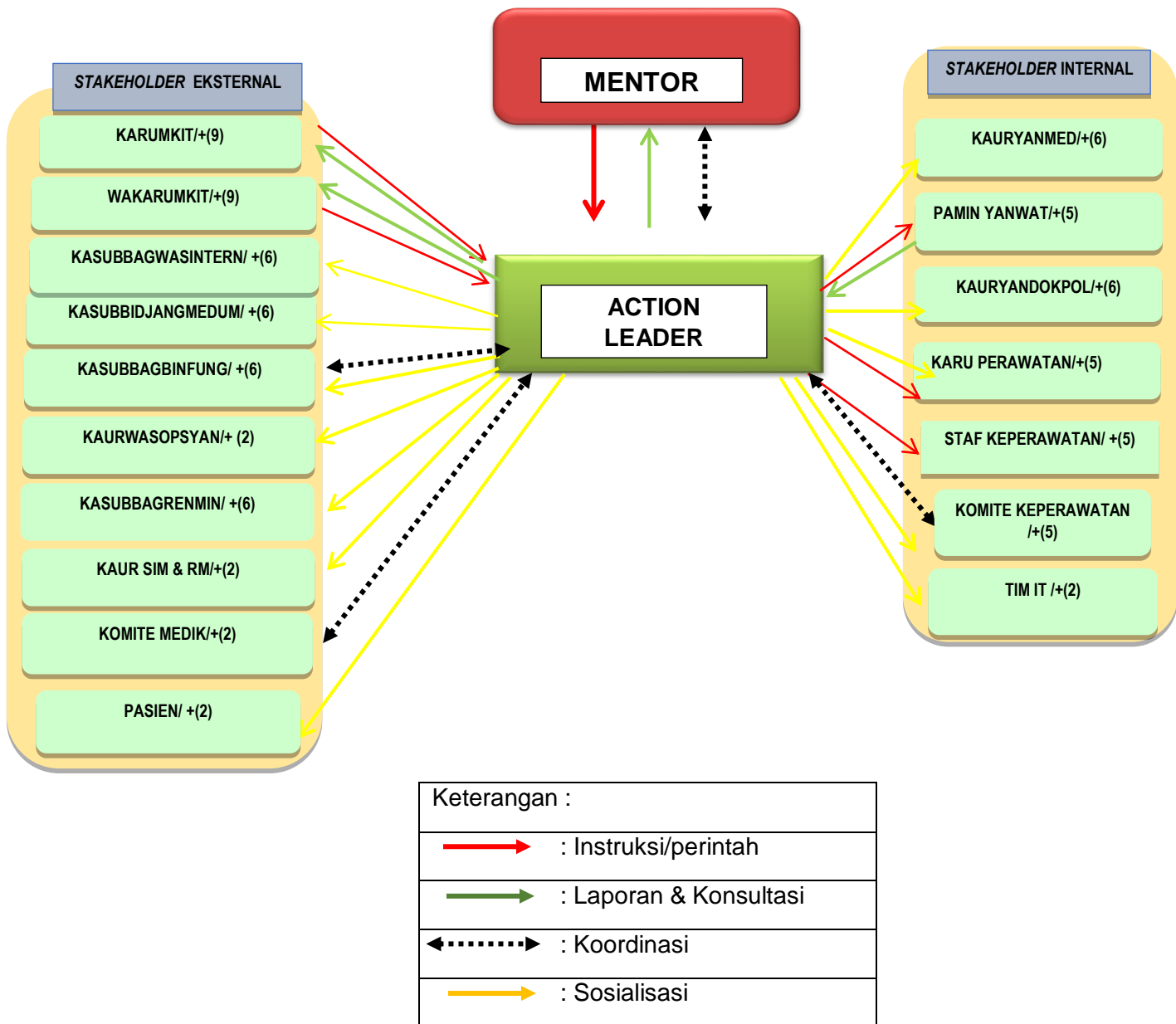
d) Penetapan pengaruh *stakeholder*, makin besar pengaruh, makin tinggi kepentingan:

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

e) Strategi komunikasi

- *Canalizing* : teknik *canalizing* adalah memahami dan meneliti pengaruh kelompok terhadap individu atau *stakeholder*.
- 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.
- Persuasif : teknik persuasif adalah mempengaruhi dengan jalan membujuk. Dalam hal ini *stakeholder* digugah pikirannya maupun perasaannya.
- Instruktif : memberikan pengarahan dan petunjuk

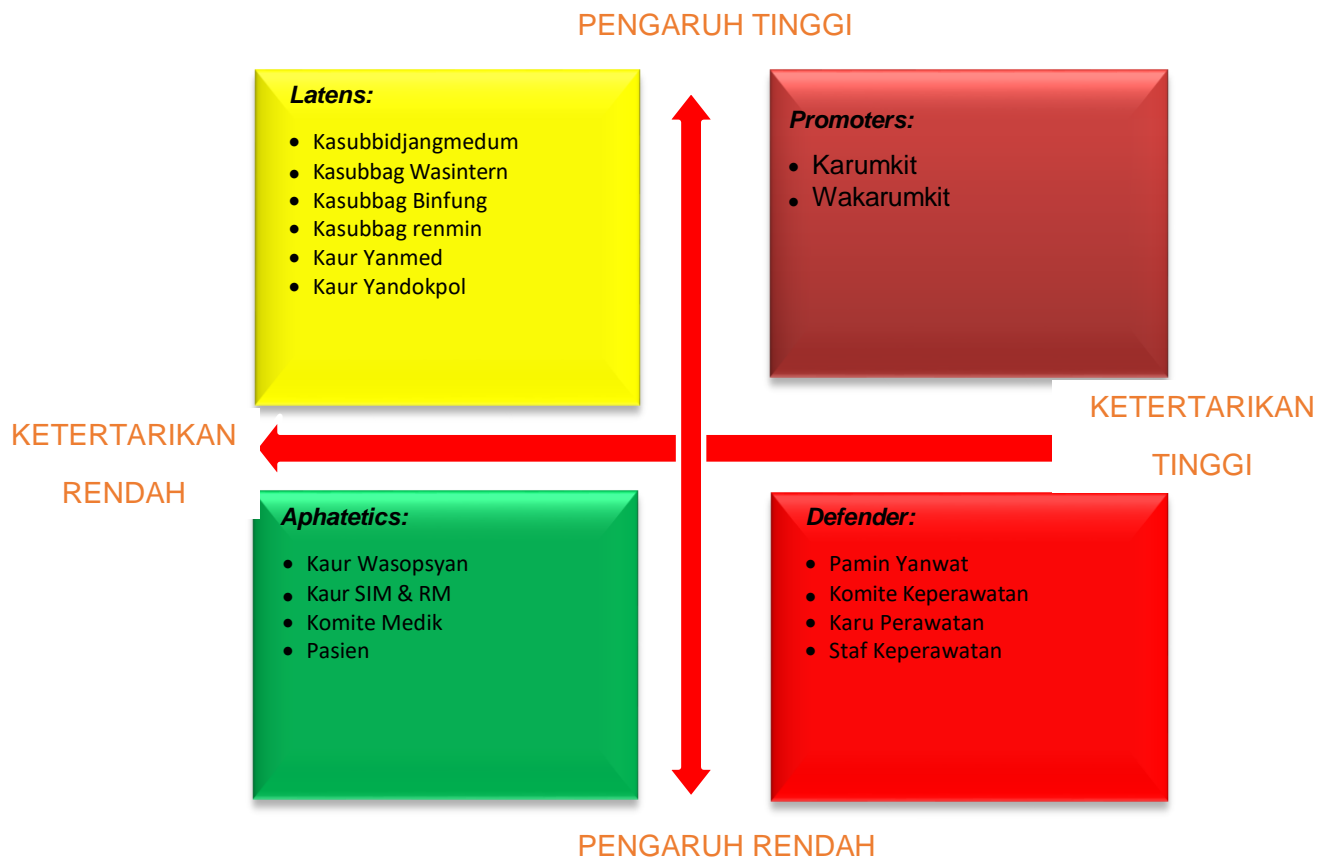
b) . Net Map



Gambar 2.1. Peta jejaring

c. Kuadran *Stakeholder*

Setelah mengetahui nilai pengelompokan *stakeholder*, maka dirumuskanlah pengelompokan *stakeholder* berdasarkan pengaruh dan peran dari masing-masing *stakeholder*. Peran *stakeholder* dibagi dalam empat kuadran sebagai berikut.:



Gambar 2.2. Kurva Kuadran Analisa *Stakeholder*

Keterangan:

- a. Promoters : Pengaruh tinggi, ketertarikan tinggi
- b. Defenders : Pengaruh rendah, ketertarikan tinggi
- c. Latens : Pengaruh tinggi, ketertarikan rendah
- d. Apathetics : Pengaruh rendah, ketertarikan rendah

C. Strategi Komunikasi

Metode yang digunakan dalam 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. *Minimal Effort* (ME), yaitu menginformasikan sewajarnya/usaha minimal untuk *stakeholder* yang mempunyai pengaruh rendah dan peran rendah (*Apathetic*).
2. Strategi Komunikasi
 - 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 metode komunikasi yang digunakan dalam memperlancar terwujudnya upaya rencana aksi perubahan ini diaplikasikan baik secara komunikatif, persuasive, maupun instruktif.

BAB III

PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN

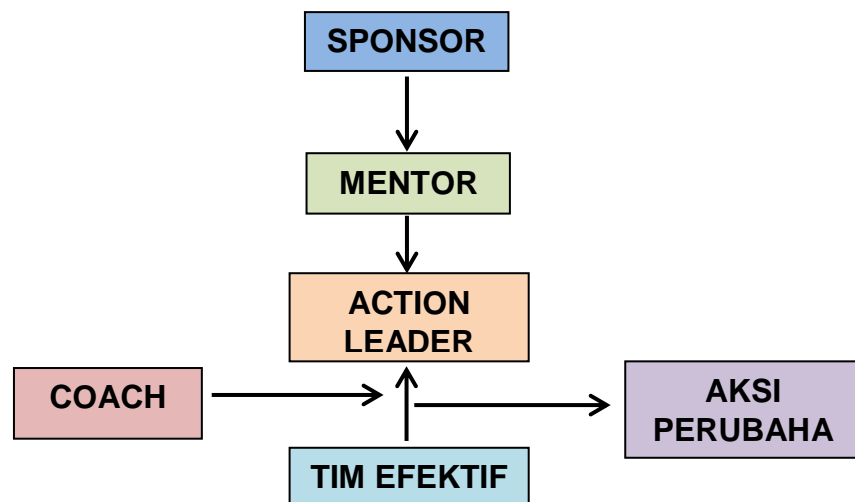
A. PEMANFAATAN SUMBER DAYA

1. Mobilisasi Sumber Daya Manusia

Dalam mewujudkan aksi perubahan diperlukan pemanfaatan Sumber Daya Manusia (SDM) yang ada pada Uryanwat Subbidyanmeddokpol. Pemanfaatan sumber daya manusia ini bertujuan agar aksi perubahan dapat berjalan dengan baik sesuai dengan tahapan yang telah direncanakan.

Mobilisasi Sumber Daya Manusia (SDM) dalam aksi perubahan adalah sebuah proses yang dimulai untuk pelaksanaan dan berkelanjutan aktivitas mencapai tujuan dengan keahlian, pengetahuan, konsep/ pemikiran.

Berikut pengorganisasian tim efektif dalam aksi perubahan Peningkatan Pelayanan Keperawatan Melalui Optimalisasi SOP Keperawatan Di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu berdasarkan Sprin Kepala Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu Nomor : sprin/55//VDIK.2.5/2025 tanggal 16 Mei 2025 tentang Penunjukan Tim Efektif Rencana Aksi Perubahan pada Subbidyanmeddokpol Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu.



Gambar 3.1. Struktur Tata Kelola Sumber Daya Manusia

Berdasarkan gambar diatas, peran dan tugas organisasi rencana aksi perubahan:

a. Sponsor adalah Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu Ajun Komisaris Besar Polisi dr. Judy Dermawan, M.MKes memiliki tugas:

- 1). Memberikan nasehat, dukungan strategis dan arahan atas seluruh pelaksanaan Aksi Perubahan kepada Action Leader;
- 2). Memfasilitasi dalam menyelesaikan masalah yang timbul selama proses pelaksanaan Aksi perubahan.

b. Mentor adalah Wakarumkit Bhayangkara Tk. III Palu Ajun Komisaris Polisi Abd. Razak, S.K.M., M.M memiliki tugas:

- 1). Memberikan bimbingan dan arahan kepada Action Leader dalam merumuskan atau mengidentifikasi permasalahan;
- 2). Membantu penyelesaian permasalahan yang di temui Action Leader dalam melaksanakan tugasnya;
- 3). Memberikan dukungan penuh kepada Action Leader dalam melaksanakan aksi perubahan.
- 4). Berperan sebagai inspirasi rencana aksi perubahan;
- 5). Memberi masukan penyempurnaan terhadap rencana aksi perubahan;
- 6). Memastikan rencana perubahan tersebut membantu peningkatan kinerja organisasi;
- 7). Memonitor progress pelaksanaan aksi perubahan;
- 8). Menyetujui rencana aksi perubahan.

c. Coach adalah Kopol Lulut Hardianti, memiliki Tugas:

- 1). Memberikan metodologi, arahan secara teoritis dan memberikan pembimbingan dalam menyusun dan melaksanakan aksi perubahan;

- 2). Memberikan bimbingan jarak jauh melalui media elektronik kepada peserta Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP);
 - 3). Membuka komunikasi dengan Mentor terkait kegiatan peserta selama pelaksanaan aksi perubahan;
 - 4). Memastikan kemampuan peserta diklat dalam menyusun rencana aksi perubahan dan telah menetapkan area perubahan yang akan menjadi aksi perubahan.
- d. Action Leader : PenataTk. I Ni Nengah Winarti, SKM bertugas :
- 1). Menetapkan area perubahan;
 - 2). Berkonsultasi dengan coach/pembimbing;
 - 3). Berkonsultasi dengan mentor/atasan langsung;
 - 4). Meyakinkan atasan langsung, stakeholder dan bawahan untuk menerima rencana aksi perubahan;
 - 5). Mengelola tim kerja agar perubahan dapat terlaksana dan mendapatkan hasil;
 - 6). Mengkoordinir agar seluruh tim efektif dapat bekerja dan memberikan hasil pada aksi perubahan;
 - 7). Memotivasi seluruh tim agar bekerja sesuai harapan;
 - 8). Menyusun laporan aksi perubahan.
- e. 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 rencana kegiatan aksi perubahan ini menggunakan anggaran bersumber dari swadaya peserta, estimasi biaya yang dibutuhkan selama kurang lebih 2 (dua) bulan mulai dari tahap perencanaan sampai dengan penyusunan laporan dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 3.1. Anggaran Aksi Perubahan

NO	URAIAN	ANGGARAN			
		RINCIAN PERHITUNGAN			
		VOL	SATUAN	HARGA (Rp)	
				SATUAN	JUMLAH
1.	Rapat Tim Efektif	10	Dus	20.000	200.000
2.	Pembuatan Desain Draft SOP	1	Kali	100.000	100.000
3.	Pelaksanaan Sosialisasi /spanduk	1	Kali	335.000	335.000
4.	Alat Tulis Kantor				
	Kertas A4	1	rim	60.000	60.000
	Tinta Printer	1	botol	100.000	100.000
5.	Cetak SOP	1	paket	100.000	100.000
6.	Cetak Buku Panduan	4	buku	50.000	200.000
			TOTAL		1.095.000

3. Pengelolaan Sarana Prasarana

Sarana prasarana yang digunakan untuk mendukung aksi perubahan ini adalah sebagai berikut:

1. Komputer;
2. Laptop;
3. Printer;
4. Wifi;
5. Buku Panduan SOP keperawatan

4. Strategi mengatasi masalah

Dalam suatu pelaksanaan kegiatan tentu saja dihadapi dengan berbagai masalah, begitu pula dengan pelaksanaan aksi perubahan Peningkatan Pelayanan Keperawatan Melalui Optimalisasi SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu tidak luput dari berbagai permasalahan yang ada.

Untuk mengatasi masalah atau kendala yang ada, diperlukan adanya manajemen resiko. Manajemen resiko perlu dilakukan untuk mengatasi potensi masalah, resiko yang terjadi serta strategi mengatasi masalah selama melaksanakan Aksi Perubahan. Adapun resiko yang timbul dalam pelaksanaan aksi perubahan ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2 Strategi Mengatasi Masalah

NO	POTENSI MASALAH	RESIKO YG TERJADI	STRATEGI MENGATASI
1	2	3	4
1	<i>Action leader</i> dan tim efektif kesulitan mengatur waktu dalam melaksanakan aksi perubahan dan menyelesaikan tupoksi.	Proses pelaksanaan aksi perubahan kurang maksimal	Pembagian waktu antara penjadwalan pelaksanaan Aksi Perubahan dengan pelaksanaan tugas sehari-hari
2.	Tim efektif kurang pro-aktif dalam pelaksanaan aksi perubahan karena disibukkan dengan tugas pokok di organisasi	Kegiatan tahapan aksi perubahan akan terhambat dan tertunda	Mengadakan pertemuan rutin dengan tim efektif untuk memberikan pemahaman tentang pentingnya aksi perubahan bagi instansi
3.	Anggaran yang terbatas dalam mendukung kegiatan penyusunan SOP	Tahapan aksi perubahan tidak sesuai jadwal	Mengoptimalkan anggaran yang tersedia untuk mendukung pelaksanaan aksi perubahan

B. STAKEHOLDER

1. Dukungan Stakeholder

a. Internal

Stakeholders internal yang dimaksud selain Wakarumkit Bhayangkara Tk. III Palu, selaku mentor dan Karumkit

Bhayangkara Tk. III Palu selaku pemberi legalitas, ada juga Kaur Yanmed dan Para Staf Subbidyanmeddokpol termasuk Para Kepala Ruangan. Dukungan *stakeholder* internal dalam bentuk pernyataan dukungan dan kemudahan dalam melaksanakan koordinasi dan konsultasi dalam Implementasi Aksi Perubahan. Koordinasi dan konsultasi dengan *stakeholder* internal lebih sering dilakukan melalui metode tatap muka langsung dan *whatsapp*.

b. Eksternal

Stakeholder eksternal juga memberikan dukungan penuh terhadap implementasi aksi perubahan. Dukungan diberikan oleh Kasubagrenmin, Kasubag Binfung, Kasubag Wasintern, Kasubbid jangmedum, Kaur Wasopyan, Kaur SIM & RM, Komite Medik dan Tim IT. Dukungan yang diberikan dalam bentuk surat pernyataan dukungan dan kemudahan dalam berkoordinasi.

2. Kuadran Stakeholder setelah aksi perubahan

Setelah *Action Leader* melaksanakan sosialisasi dan implementasi aksi perubahan, *Action Leader* telah berhasil memobilisasi para *stakeholder* yaitu sebagai berikut:

a. Identifikasi *stakeholder* setelah aksi perubahan

Tabel 3.3 Identifikasi Stakeholder

NO	STAKE HOLDER	TIM EFEKTIF	JENIS STAKE HOLDER			KELOMPOK STAKE HOLDER				STRATEGI KOMUNIKASI/STRATEGI STAKEHOLDER
			PRIMER	SEKUNDER	UTAMA	PROMOTER	LATENS	DEFENDERS	APATHETICS	
A INTERNAL										
1.	Karumkit				√	+(10)				CANALIZING/MC
2.	Wakarumkit				√	+(10)				CANALIZING/MC
3.	Kauryanmed	√	√			+(9)				PERSUASIF/KI
4.	Kaur Yandokpol	√	√			+(9)				PERSUASIF/KI
5.	Pamin uryanwat	√	√						+(5)	PERSUASIF/KI
6.	Kepala Ruang Perawatan	√	√						+(5)	PERSUASIF/KI
7.	Staf keperawatan	√	√						+(5)	PERSUASIF/KI
8.	Komite Keperawatan	√		√					+(5)	PERSUASIF/KI
B EKSTERNAL										
1.	Kasubbagrenmin			√		+(9)				INFORMATIF/MC
2.	Kasubbag binfung			√		+(9)				INFORMATIF/MC
3.	Kasubbag Wasintern			√		+(9)				INFORMATIF/MC
4.	Kasubbid jangmedum			√		+(9)				INFORMATIF/MC
5.	Kaur wasopsyan			√					+(4)	PERSUASIF/KI
6.	Kaur SIM & RM			√					+(4)	PERSUASIF/KI
7.	Komite Medik			√					+(4)	PERSUASIF/KI
8.	Pasien			√					+(4)	PERSUASIF/KI
9.	Tim IT			√					+(4)	PERSUASIF/KI

Keterangan :

1) Strategi hubungan dengan *stakeholder*.

a)

MC (*Manage Closely*) :

hubungan harus dijaga dengan

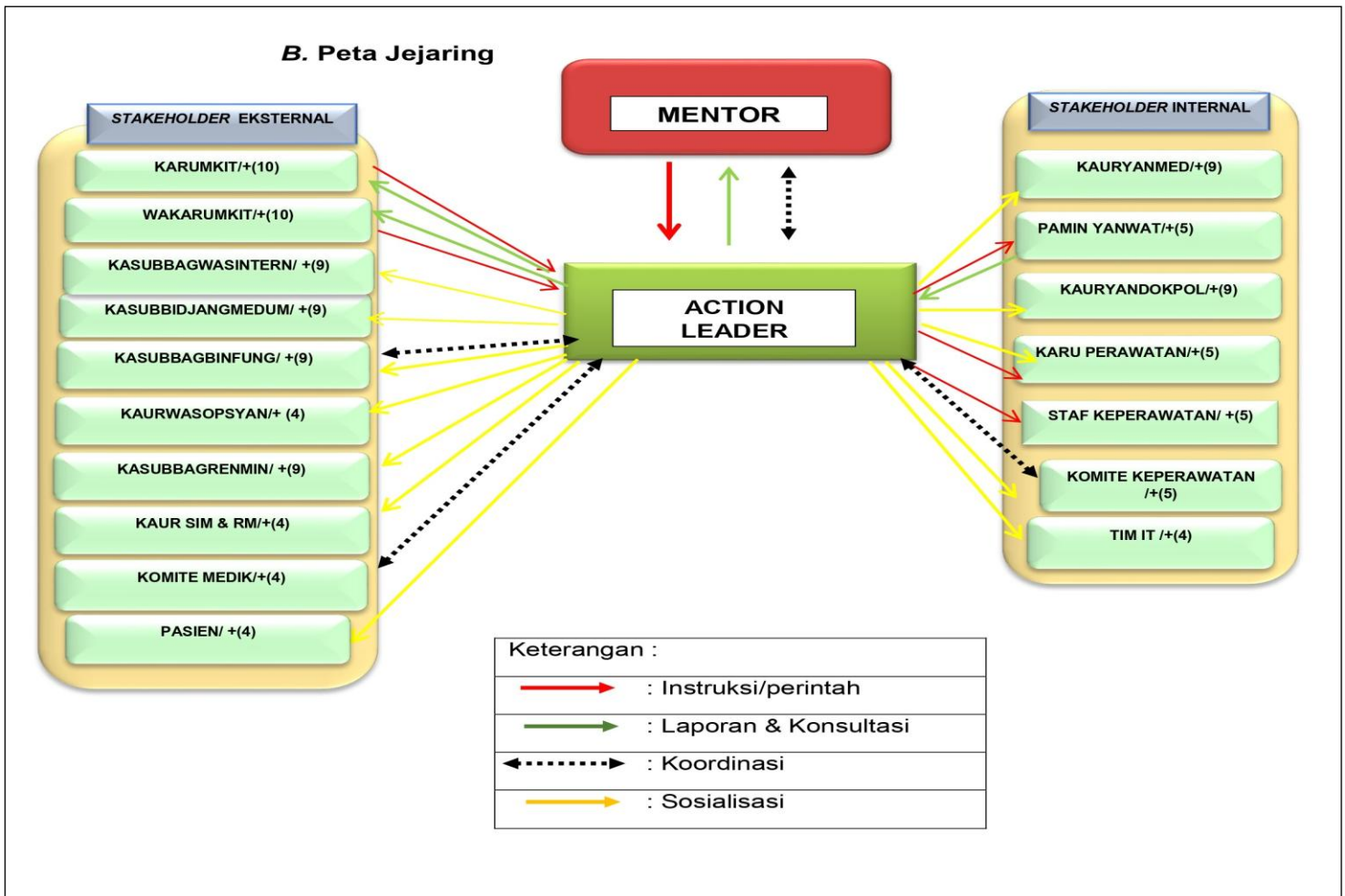
tetap dekat bagi *stakeholder* yang memiliki power (*promoter*).

- b) KI (*Keep Informed*) : informasikan setiap ada kejadian (*defender*).
- c) KS (*Keep Satisfied*) : tetap dibuat senang untuk keberlangsungan aksi (*latent*).
- d) ME (*Minimal Effort*) : menginformasikan sewajarnya/ usaha minimal (*apathetic*).

2) Pengaruh *stakeholder*

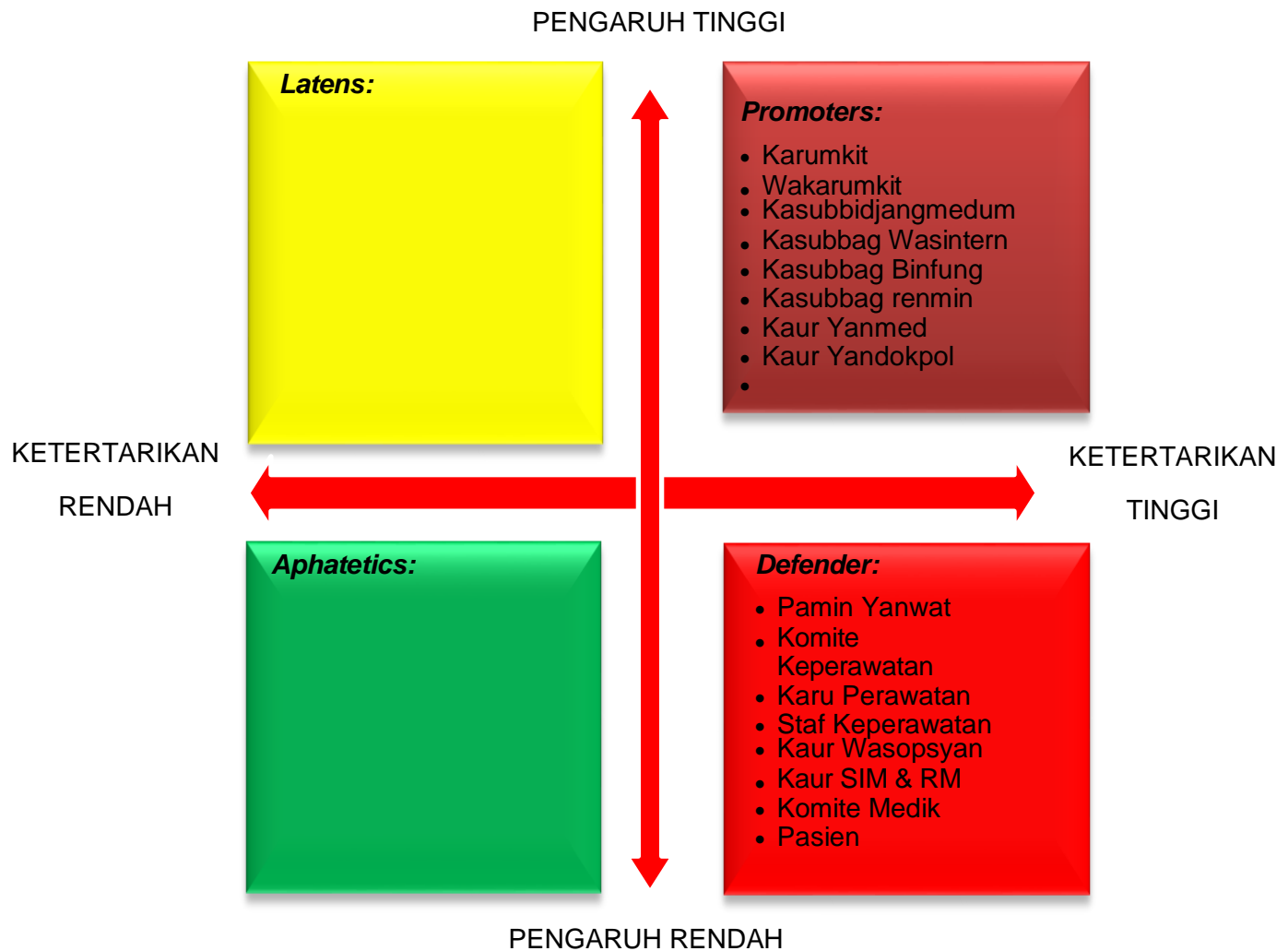
- | | | | |
|------|----------|-------|-----------------|
| 1- 2 | : Rendah | 6 - 8 | : Tinggi |
| 2- 5 | : Sedang | 9 ≤ | : Tinggi sekali |

b. *Peta Jejaring/Net Map Stakeholder setelah aksi perubahan*



Gambar: 3.2 Peta Jejaring /Net Map

c. Kuadran *Stakeholder* setelah aksi perubahan



Gambar 3.3. Kurva Kuadran Stakeholder Aksi Perubahan

Pada gambar menunjukkan adanya perubahan identifikasi terkait *Stakeholder* setelah aksi perubahan. *Stakeholder* pada kelompok latent menjadi promoter, dan dari Apathetics menjadi Defenders, ini didukung dengan adanya surat dukungan dari *Stakeholders*.

C. CAPAIAN AKSI PERUBAHAN

1. Kesesuaian antara *Milestone* dan Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi aksi perubahan, sebagaimana dijelaskan dalam tahapan *milestone* jangka pendek selama 60 (enam puluh) hari, seperti contoh tabel dibawah ini:

Tabel 3.4.

Kesesuaian *Milestone* dengan Implementasi Aksi Perubahan

TAHAPAN	OUTPUT		WAKTU		KET
	KEGIATAN		PELAKSANAAN		LAMPIRAN
KEGIATAN	RENCANA A	REALISASI	RENCANA A	REALISASI	
Tahap Off Campus (60 Hari)					
Perencanaan / Planning					
Laporan kepada mentor tentang hasil seminar rancangan aksi perubahan serta pelaksanaan kepemimpinan (<i>off campus</i>) selama 60 hari serta berkonsultasi dengan mentor untuk rencana pembentukan tim efektif.	Dokumentasi	Dokumentasi	Minggu ke -1 5 Mei 2025 (1 hari)	Minggu ke -1 5 Mei 2025 (1 hari)	Sudah Tercapai
Menghadap kepada Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu menjelaskan tentang rencana aksi perubahan	Dokumentasi	Dokumentasi	Minggu ke-1 6 Mei 2025 (1 hari)	Minggu ke-1 6 Mei 2025 (1 hari)	Sudah tercapai
Melakukan koordinasi dan sosialisasi awal, penyamaan persepsi dengan stakeholder internal dan rencana pembentukan TIM Efektif	Dokumentasi Dukungan Stakeholder internal	Dokumentasi Dukungan Stakeholder internal	Minggu ke-1 7 -8 Mei 2025 (2 hari)	Minggu ke-1 7 -8 Mei 2025 (2 hari)	Sudah tercapai

Berkoordinasi dengan para <i>Stakeholder</i> external mengenai aksi perubahan.	Dokumentasi Dukungan Stakeholder external	Dokumentasi Dukungan Stakeholder external	Minggu ke-I 9 Mei 2025 (1 hari)	Minggu ke - I 9 Mei 2025 (1 hari)	Sudah tercapai
Penggorganisasian (Organizing)					
Pembentukan Tim efektif mendukung Perubahan	Undangan Absensi Notulen rapat Dokumentasi	Undangan Absensi Notulen rapat Dokumentasi	Minggu ke- II 13 Mei 2025 (1 hari)	Minggu ke- II 13 Mei 2025 (1 hari)	Sudah tercapai
Membuat Surat Perintah Tim efektif	Dokumentasi Surat Perintah Tim Efektif	Dokumen Surat Perintah Tim Efektif	Minggu ke -II 14 – 15 Mei 2025 (2 hari)	Minggu ke - II 14 – 15 Mei 2025 (2 hari)	Sudah tercapai
Melaksanakan rapat Tim efektif untuk menyepakati pembagian tugas dan peranan masing-masing anggota Tim Efektif dalam mendukung aksi perubahan.	Undangan Daftar Hadir Dokumentasi Tabel pembagian tugas	Undangan Daftar Hadir Dokumentasi Tabel pembagian tugas	Minggu ke- II 16 Mei 2025 (1 hari)	Minggu ke- II 16 Mei 2025 (1 hari)	Sudah tercapai
Mengumpulkan data pendukung untuk pelaksanaan riview SOP Keperawatan dan penyusunan draft kuisisioner pada Google Form	Dokumentasi	Dokumentasi	Minggu ke -II 19 Mei 2025 (1 hari)	Minggu ke - II 19 Mei 2025 (1 hari)	Sudah tercapai
Pelaksanaan/Implementasi					
Menyusun rancangan SOP Keperawatan bersama Tim Efektif.	Undangan Absensi Dokumentasi Draft SOP	Undangan Absensi Dokumentasi Draft SOP	Minggu ke- III 20 – 21 Mei 2025	Minggu ke- III 20 – 21 Mei 2025	Sudah tercapai

Penandatanganan SK SOP oleh Karumkit dan Koordinasi SOP ke Komite Keperawatan dan Kasubbag Binfung	Dokumentasi SOP yang sudah di TTD	Dokumentasi SOP yang sudah di TTD	Minggu ke -III 22 – 23 Mei 2025 (2 Hari)	Minggu ke - III 22 – 23 Mei 2025 (2 Hari)	Sudah tercapai
Pengarsipan SOP Keperawatan pada Link RS dan Pembuatan Tutorial Cara Akses SOP Keperawatan pada Link RS	Dokumentasi Video Cara Akses SOP pada link RS	Dokumentasi Video Cara Akses SOP pada link RS	Minggu ke -IV 26 Mei 2025	Minggu ke - IV 26 Mei 2025	Sudah tercapai
Sosialisasi SOP Keperawatan yang telah di riview kepada para perawat Sosialisasi cara akses SOP Keperawatan pada Link RS	Undangan, Daftar hadir Dokumentasi	Undangan, Daftar hadir Dokumentasi	Minggu ke- IV 27 Mei 2025	Minggu ke- IV 27 Mei 2025	Sudah tercapai
Implementasi SOP Keperawatan diruangan Rawat Inap dan Implementasi Cara Akses SOP Keperawatan pada Link RS	Dokumentasi	Dokumentasi	Minggu ke -IV-VII 28 Mei 2025 s/d 21/06/2025 5 (26 Hari)	Minggu ke - IV-VII 28 Mei 2025 s/d 21/06/2025 (26 Hari)	Sudah Tercapai
MONITORING & EVALUASI (CONTROLLING)					
Membuat dan menyebarkan kuisisioner terkait pelaksanaan implementasi aksi perubahan melalui <i>googleform</i> dan lembar penilaian INM	Googleform Blangko INM	Googleform Blangko INM	Minggu ke- VIII 23 Juni 2025	Minggu ke- VIII 23 Juni 2025	
Pengolahan hasil evaluasi	Rekapitulasi hasil evaluasi	Rekapitulasi hasil evaluasi	Minggu ke -VIII 24 Juni 2025	Minggu ke - VIII 24 Juni 2025	
Pembuatan Berita Acara Aksi Perubahan	Berita Acara	Berita Acara	Minggu ke- VIII 25 Juni 2025	Minggu ke- VIII 25 Juni 2025	
Serah Terima Aksi Perubahan dan keberlanjutan perubahan	Dokumentasi	Dokumentasi	Minggu ke- VIII 26 Juni 2025	Minggu ke- VIII 26 Juni 2025	

Tahap Pasca Pelatihan					
Terwujudnya monitoring dan evaluasi secara berkala terkait Implementasi Aksi Perubahan yang dilakukan pada Uryanwat Subbidyanmeddokpol Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu.			Dilaksanakan setelah diklat sampai 6 bulan yang akan datang.		
Pengarsipan bagi SOP Keperawatan yang baru dan revisi secara berkelanjutan pada link RS			Dilaksanakan setelah diklat sampai 6 bulan yang akan datang.		
Peningkatan capaian Indeks Nasional Mutu Kepatuhan Identifikasi Pasien tercapai sesuai standar			Dilaksanakan setelah diklat sampai 6 bulan yang akan datang.		

2. Pencapaian Hasil Aksi Perubahan

a. Perencanaan

Tahap perencanaan dilaksanakan pada tanggal 5 s.d. 9 Mei 2025 dalam melaksanakan tahapan aksi perubahan berupa Peningkatan Pelayanan Keperawatan Melalui Optimalisasi SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu. Kegiatan pada tahap perencanaan ini dapat terlaksana dengan progress 100%.

- 1). Menghadap Wakarumkit Bhayangkara Tk. III Palu selaku Mentor Pada hari pertama dalam tahap off campus, *action leader* menghadap mentor di ruang kerja mentor.



Gambar 3.4 Menghadap Wakarumkit Bhayangkara Tk. III Palu selaku Mentor

Kegiatan ini dilaksanakan di ruang kerja Wakarumkit Bhayangkara Tk. III Palu , *Action Leader* menyampaikan laporan dan berkonsultasi dengan mentor tentang kegiatan aksi perubahan yang akan dilaksanakan, meliputi rencana aksi, keterlibatan *stakeholder* internal dan *stakeholder* eksternal, serta hal-hal lain yang diperlukan dalam kegiatan aksi perubahan.

- 2).Menghadap Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu selaku sponsor dan *stakeholder* eksternal. Selanjutnya action leader menghadap Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu dan para *stakeholder* eksternal



Gambar 3.5 Menghadap Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu selaku Sponsor

Kegiatan ini diadakan di Ruang Aula Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu. *Action Leader* menyampaikan kepada Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu terkait rencana kegiatan aksi perubahan yang akan dilaksanakan.

Action Leader memohon bantuan dan dukungan dari Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu dalam melaksanakan aksi perubahan ini.

- 3).Melaksanakan pertemuan dengan *stakeholder* internal yang akan dijadikan sebagai tim efektif.

Pada hari selanjutnya, *action leader* bertemu dengan stakeholder internal yang akan dijadikan sebagai tim efektif, dalam pertemuan ini *action leader* menerangkan dan menjelaskan tentang aksi perubahan yang akan dilaksanakan dalam 60 Hari kedepan, serta meminta dukungan kepada mereka.



Gambar 3.6 Sosialisasi pada Stakeholder Internal

Kegiatan ini dilaksanakan di ruang kerja Subbidyanmeddokpol. *Action Leader* bertindak selaku pengarah, menjelaskan tentang kegiatan aksi perubahan yang akan dilaksanakan pada Uryanwat Subbidyanmeddokpol Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu.

- 4). Berkoordinasi dengan para *Stakeholder* external mengenai aksi perubahan.

Action Leader memberikan penjelasan tentang Rencana Aksi Perubahan yang akan action Leader buat terkait Tahap Off Campus selama 60 hari. Action Leader akan mengimplementasikan rencana aksi perubahan berupa Peningkatan Pelayanan Keperawatan melalui Optimalisasi SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu dimana output dari aksi perubahan tersebut adalah reuiu SOP keperawatan dan Pengarsipan SOP keperawatan berbasis Cloud.



Gambar 3.7 Sosialisasi Pada Stakeholder Eksternal

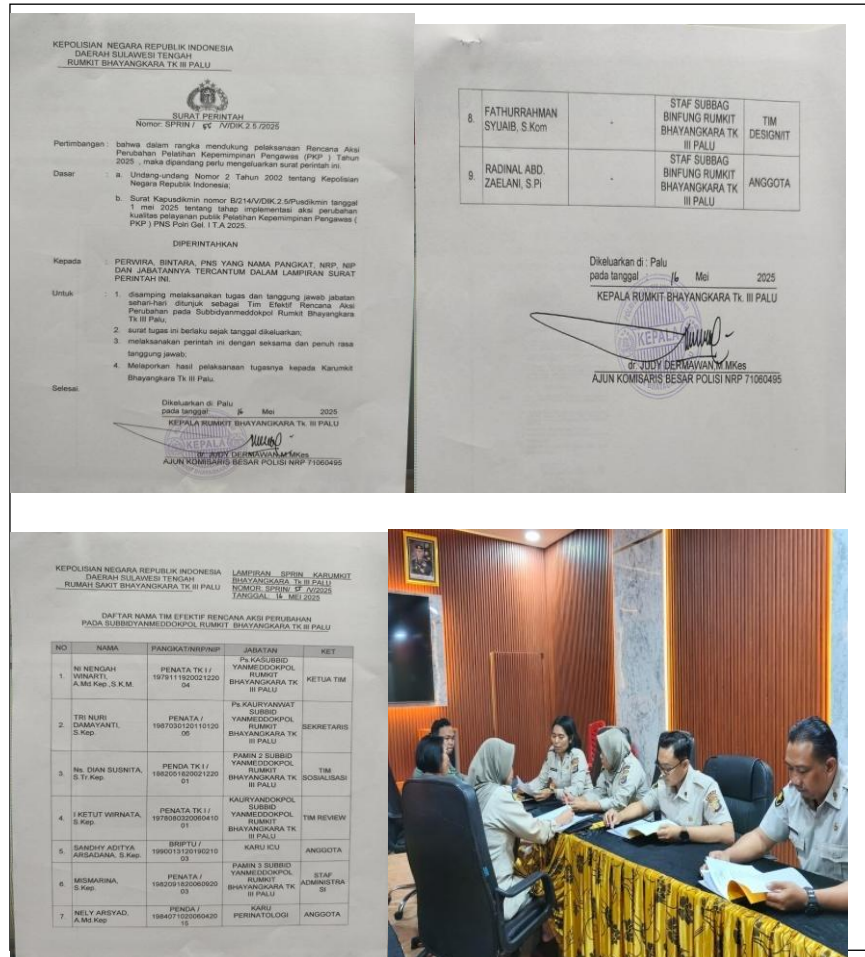
b. Pengorganisasian

Tahap pengorganisasian dilaksanakan pada tanggal 13 s.d. 17 Mei 2025 dengan rincian kegiatan yaitu penetapan tim efektif dan rapat kerja tim efektif. Kegiatan pada tahap pengorganisasian ini dapat terlaksana dengan progress 100%.

1) Pembentukan Tim Efektif

Merupakan kegiatan membentuk tim efektif yang akan mendukung Action Leader dalam tahap implementasi aksi perubahan dan ditetapkan dalam bentuk Surat Perintah yang disahkan oleh pimpinan. Adapun outputnya yaitu Surat Perintah Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu Nomor:

Sprin/55/V/DIK.2.5./2025, tanggal 16 Mei 2025 Tentang Pembentukan Tim Efektif dalam pelaksanaan realisasi Aksi Perubahan Peserta Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) PNS Polri Gel. XIII T.A. 2025.



Gambar 3.8 Sprin Tim Efektif dan Dokumentasi Rapat

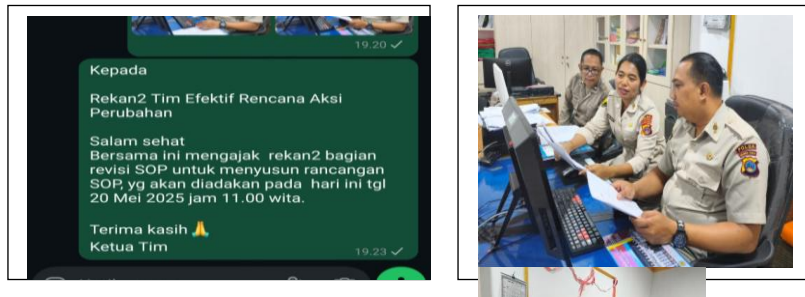
2) Rapat Tim Efektif dan pembagian Tugas Masing-masing Anggota Tim

Action Leader menyampaikan tentang kegiatan implementasi dari Pendidikan Kepemimpinan Pengawas (PKP) yang akan dilaksanakan selama 2 bulan kedepan meliputi Rencana Aksi Perubahan, keterlibatan *stakeholder* internal dan *stakeholder* eksternal serta hal-hal lain yang



Penghapusan dan penarikan alat kesehatan bermerkuri di Fasyankes dan Panduan Asuhan Keperawatan oleh PPNI, dan Benchmarking dengan SOP Faskes lain. Penyusunan rancangan SOP mengacu pada Panduan Asuhan Keperawatan.




Gambar 3.10 SOP Keperawatan Lama dan Buku Panduan PPNI



Gambar 3.11 Penyusunan Rancangan SOP Keperawatan

MENGUKUR SUHU TUBUH			PEMASANGAN INFUS		
 RUMKIT BHAYANGKARA PALU	No Dokumen : SOP/PP.3/V/2025	No. Revisi :01 Halaman : 1	 RUMKIT BHAYANGKARA PALU	No. Dokumen : SOP/PP.6/V/2025	No. Revisi :01 Halaman : 1/4
	Tanggal Terbit : 26 Mei 2025	Ditetapkan Karumkit Bhayangkara Tk. III dr. JUDY DERMAWAN M.Mi AKBP NRP 71060495		Tanggal Terbit : 26 Mei 2025	Ditetapkan Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu dr. JUDY DERMAWAN M.Mi AKBP NRP 71060495
PENGERTIAN	Mengukur suhu tubuh adalah tindakan penting mengetahui temperatur inti tubuh seseorang, yang merupakan indikator vital kesehatan				
TUJUAN	Untuk memastikan pengukuran suhu tubuh dilakukan akurat, higienis, dan konsisten guna mendapatkan data tepat untuk penentuan status kesehatan individu.				
KEBIJAKAN	Keputusan Kepala Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu, Kep/23/V/2025 tanggal 26 Mei 2025 tentang Per Standar Operasional Prosedur Pelayanan Keperawatan Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu.				
PROSEDUR	Alat dan Bahan 1. Termometer: o Termometer digital (paling umum dan direkomendasikan) o Termometer infantherm (non-kontak) 2. Tisu atau Kapas Alkohol (Alcohol Swabs): Untuk membersihkan termometer.				
PENGERTIAN	Menyapkan jalur masuk ke dalam pembuluh darah vena perifer untuk pemberian cairan, obat-obatan dan produk darah				
TUJUAN	1. Mengembalikan dan mempertahankan keseimbangan cairan elektrolit tubuh 2. Memberikan obat-obatan 3. Tranfusi darah dan produk darah 4. Memperbaiki keseimbangan asam basa 5. Memonitor tekanan CPV 6. Memberikan nutrisi				
KEBIJAKAN	Keputusan Kepala Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu, nomor : Kep/23/V/2025 tanggal 26 Mei 2025 tentang Penerapan Standar Operasional Prosedur Pelayanan Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu.				
PROSEDUR	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan /atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur				

Gambar 3.12 Rancangan SOP

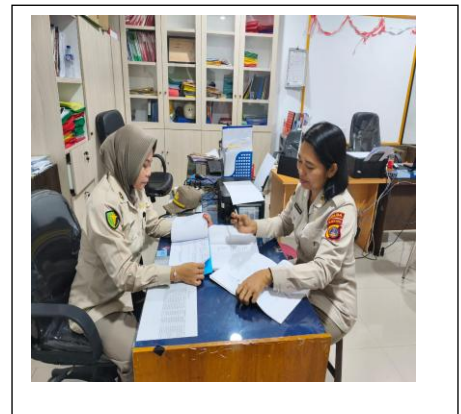
PEMASANGAN INFUS		
 RUMKIT BHAYANGKARA PALU	No. Dokumen : SOP/PP.6/V/2025	No. Revisi :01 Halaman : 1/4
	Tanggal Terbit :	Ditetapkan Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu

2) Koordinasi dengan Komite Keperawatan & Kasubbag Binfung dan Penandatanganan SOP dan SK Penerapan SOP Keperawatan dan

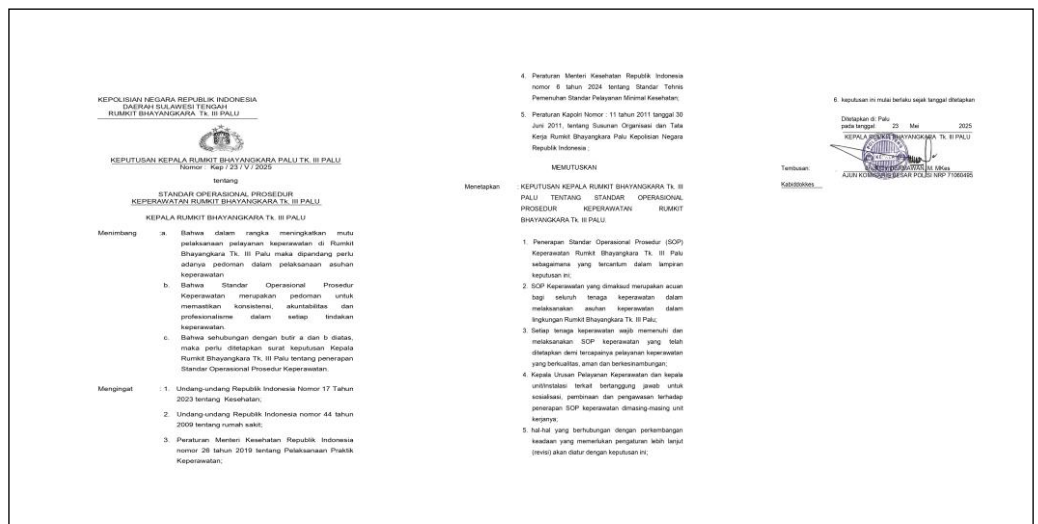
Kegiatan ini dilaksanakan bertempat di ruang Kasubbag Binfung dan Ketua Komite Keperawatan. Action Leader meminta koreksi dan sinkronisasi terkait bentuk, tata naskah penomoran dan keselarasan prosedur yang dibuat dengan panduan yang digunakan.



Gambar 3.13 Koordinasi dengan Kasubbag Binfung



Gambar 3.14 Koordinasi dengan Komite Keperawatan



Gambar 3.15 Penandatanganan SK Penerapan SOP Keperawatan

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
MENGUKUR SUHU TUBUH	
	No. Dokumen: SOP/RSB/2022 No. Revisi: 01 Halaman: 1/1 Tanggal Terbit: 23 Mei 2022
FENESTRIAN Mengukur suhu tubuh adalah tindakan perawat yang bertujuan untuk mengetahui status kesehatan pasien.	TUJUAN Untuk mengetahui perubahan suhu tubuh akibat infeksi atau proses inflamasi, dan tindakan guna mempertahankan suhu yang normal.
KELUARAN Keperawatan Fisika Rumah Bhayangkara Palu, No. Palu, nomor RS/2022 tanggal 23 Mei 2022 tentang Penetapan Standar Operasional Prosedur (SOP) Prosedur Operasional di Rumah Bhayangkara Palu.	PROSEDUR 1. Tanyakan a. Perawatan apa yang sedang diberikan b. Apakah ada keluhan 2. Tanyakan apakah ada keluhan 3. Tanyakan apakah ada keluhan 4. Tanyakan apakah ada keluhan

Gambar 3.16 Sop Mengukur Suhu Tubuh

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
PEMASANGAN INFUS	
	No. Dokumen: SOP/RSB/2022 No. Revisi: 01 Halaman: 1/1 Tanggal Terbit: 23 Mei 2022
FENESTRIAN Menyediakan jasa rumah sakit adalah tindakan perawat yang bertujuan untuk memberikan dan menjaga keselamatan pasien.	TUJUAN 1. Mengembangkan dan mempertahankan keselamatan pasien 2. Meningkatkan mutu pelayanan 3. Meningkatkan kepuasan pasien 4. Meningkatkan kepercayaan pasien 5. Meningkatkan mutu pelayanan
KELUARAN Keputusan Fisika Rumah Bhayangkara Palu, No. Palu, nomor RS/2022 tanggal 23 Mei 2022 tentang Penetapan Standar Operasional Prosedur (SOP) Prosedur Operasional di Rumah Bhayangkara Palu.	PROSEDUR 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan manfaat prosedur

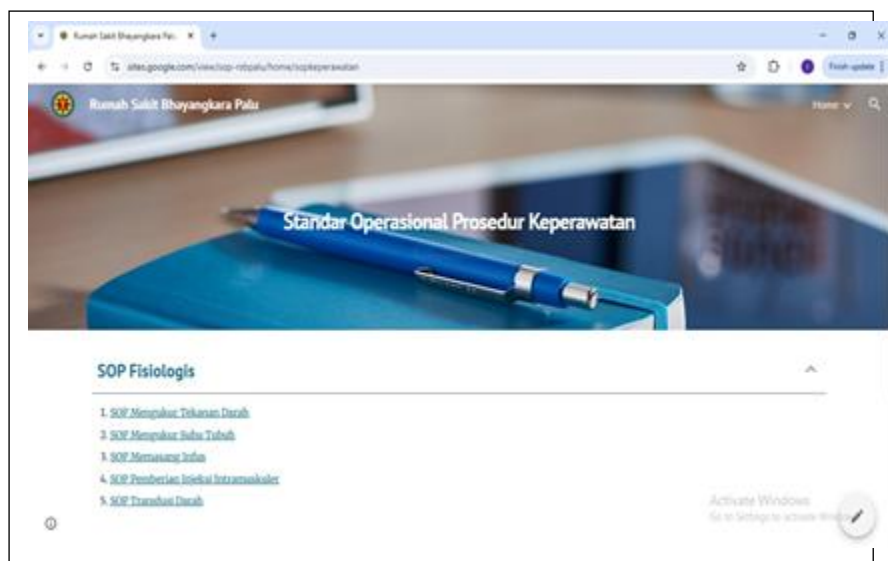
Gambar 3.17 Sop Pemasangan Infus

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
MENGUKUR TEKANAN DARAH	
	No. Dokumen: SOP/RSB/2022 No. Revisi: 01 Halaman: 1/1 Tanggal Terbit: 23 Mei 2022
FENESTRIAN Mengukur tekanan darah adalah tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui status kesehatan pasien.	TUJUAN 1. Mengetahui status kesehatan pasien 2. Mengetahui status kesehatan pasien 3. Mengetahui status kesehatan pasien 4. Mengetahui status kesehatan pasien 5. Mengetahui status kesehatan pasien
KELUARAN Keputusan Fisika Rumah Bhayangkara Palu, No. Palu, nomor RS/2022 tanggal 23 Mei 2022 tentang Penetapan Standar Operasional Prosedur (SOP) Prosedur Operasional di Rumah Bhayangkara Palu.	PROSEDUR 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan manfaat prosedur

Gambar 3.18 Sop Mengukur Tekanan Darah

3). Pengarsipan SOP Keperawatan

SOP Keperawatan diarsipkan pada Cloud dan bisa diakses melalui Scan Barcode atau tautan link <https://sites.google.com/view/sop-rsbpalu> SOP Keperawatan dalam bentuk digital dapat dengan mudah diakses, dengan koneksi internet, sehingga memungkinkan perawat untuk mengakses kapan dan dimana saja saat dibutuhkan.



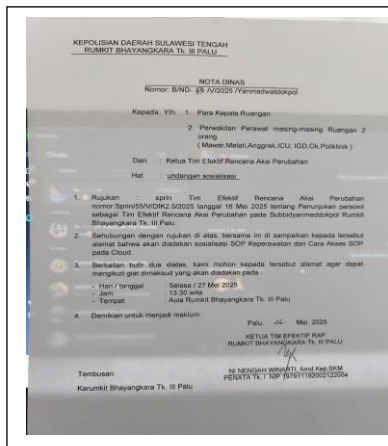
Gambar 3.19 Tampilan Pengarsipan SOP keperawatan secara digital berbasis Cloud

4). Sosialisasi SOP Keperawatan

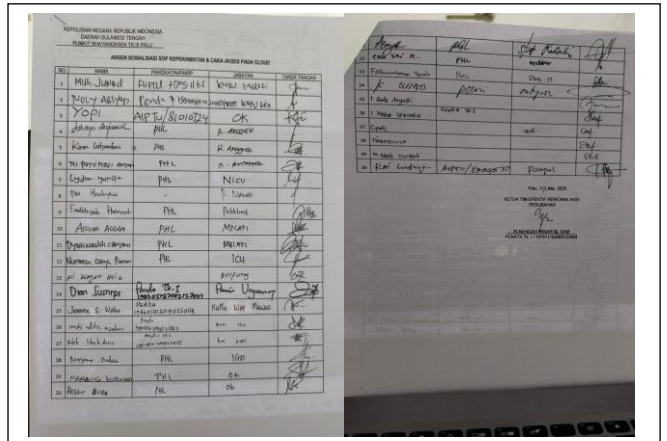
Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 27 Mei 2025 pukul 13.30 s.d. 15.30 Wita, yang diawali dengan membuat undangan sosialisasi dengan nomor undangan B/ND-53/V/2025 /Yanmeddokpol tanggal 26 Mei 2025 perihal Undangan Sosialisasi SOP Keperawatan. Kegiatan ini dilaksanakan di Aula Rumkit Bhayangkara Palu. Action Leader bersama tim efektif melakukan sosialisasi SOP Keperawatan pada Stakeholder.



Gambar 3.20 Dokumentasi Sosialisasi SOP Keperawatan dan Cara Akses SOP Pada



Gambar 3.21 Undangan Sosialisasi

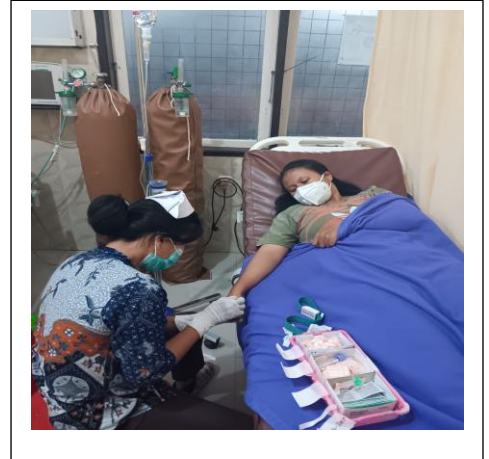


Gambar 3.22 Absen Sosialisasi

- 5). Implementasi SOP Keperawatan diRuangan Rawat Inap
Implementasi SOP Keperawatan diruangan Rawat Inap dan cara Akses SOP pada Cloud dimulai pada tanggal 28 Mei s/d 21 Juni 2025. Implementasi dilaksanakan di semua Ruang rawat Inap dan Ruang IGD.



Gambar 3.23 Implementasi SOP Pemasangan Produk



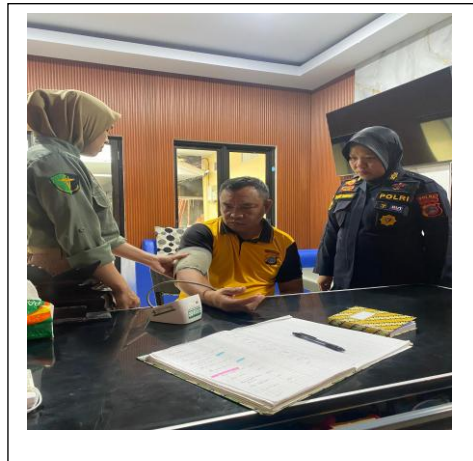
Gambar 3.24 Implementasi SOP Pemasangan Infus



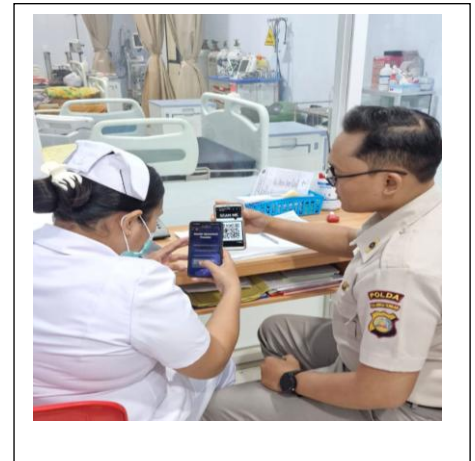
Gambar 3.25 Implementasi SOP Injeksi Intramuskuler



Gambar 3.26 Implementasi SOP Pengukuran Suhu Tubuh



Gambar 3.27 Implementasi SOP Mengukur Tekanan Darah



Gambar 3.28 Implementasi Tata Cara Akses SOP Digital

d. Monitoring dan Evaluasi

Tahap Monitoring dan Evaluasi dilaksanakan pada tanggal 23 s.d. 26 Juni 2025 dengan rincian kegiatan yaitu membuat angket kuesioner aksi perubahan, merekap dan mengolah hasil kuesioner dari *Stakeholder*, pembuatan Berita Acara Aksi Perubahan dan pembuatan surat pernyataan keberlanjutannya. Kegiatan pada tahap Monitoring dan Evaluasi ini dapat terlaksana dengan progress 100%. Adapun rincian kegiatannya sebagai berikut:

1) Pembuatan angket kuesioner aksi perubahan

Action leader membuat angket kuisisioner tentang Optimalisasi SOP Keperawatan (Revisi SOP dan pengarsipan SOP secara digital pada Cloud) melalui *google form* dengan *link* <https://forms.gle/E1aBzr8J311YEf4t5>. Angket ini bertujuan untuk mengetahui kebergunaan

Optimalisasi SOP Keperawatan (Revisi SOP dan pengarsipan SOP secara digital pada Cloud) dan implementasinya. Setelah membuat angket kemudian *Action Leader* menyebarkan/membagikan angket tersebut melalui *whatsapp* kepada *stakeholder* internal dan eksternal yang terlibat dalam penggunaan SOP Keperawatan sebanyak 38 orang.

The image shows a mobile application interface for a survey titled "Moneyv SOP Keperawatan". The survey consists of six questions, each with radio button options for "Ya" (Yes) and "Tidak" (No). The questions are:

- Section: Pemahaman dan Sosialisasi SOP Revisi**
 - Apakah anda sudah mengikuti sosialisasi/pelatihan terkait revisi SOP tersebut? *
 Ya
 Tidak
 - Menurut anda, apakah SOP yang direvisi lebih jelas dan mudah dipahami di bandingkan sebelumnya? *
 Ya
 Tidak
 - Apakah SOP yang direvisi membantu meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan? *
 Ya
 Tidak
- Apakah anda menemukan kendala dalam menerapkan SOP yang baru? *
 Ya
 Tidak
- Apakah anda sudah menerapkan SOP Keperawatan dalam melaksanakan pelayanan *
 Ya
 Tidak
- Apakah anda mengetahui bahwa SOP keperawatan saat ini disimpan dalam bentuk digital? *
 Ya
 Tidak
- Apakah anda sering mengakses SOP dalam bentuk digital? *
 Ya
 Tidak
- Apakah cara mengakses SOP digital dapat di akses dengan mudah *
 Ya
 Tidak
- Menurut anda, apakah SOP dalam bentuk digital lebih praktis dibandingkan bentuk manual *
 Ya
 Tidak
- Menurut anda, apakah SOP dalam bentuk digital lebih praktis dibandingkan bentuk manual *
 Ya
 Tidak
- Apakah penyimpanan SOP secara digital membantu anda dalam bekerja lebih efisien? *
 Ya
 Tidak

Gambar 3.29. Angket/kuisisioner Moneyv SOP Keperawatan

2) Merekap hasil angket/kuisisioner

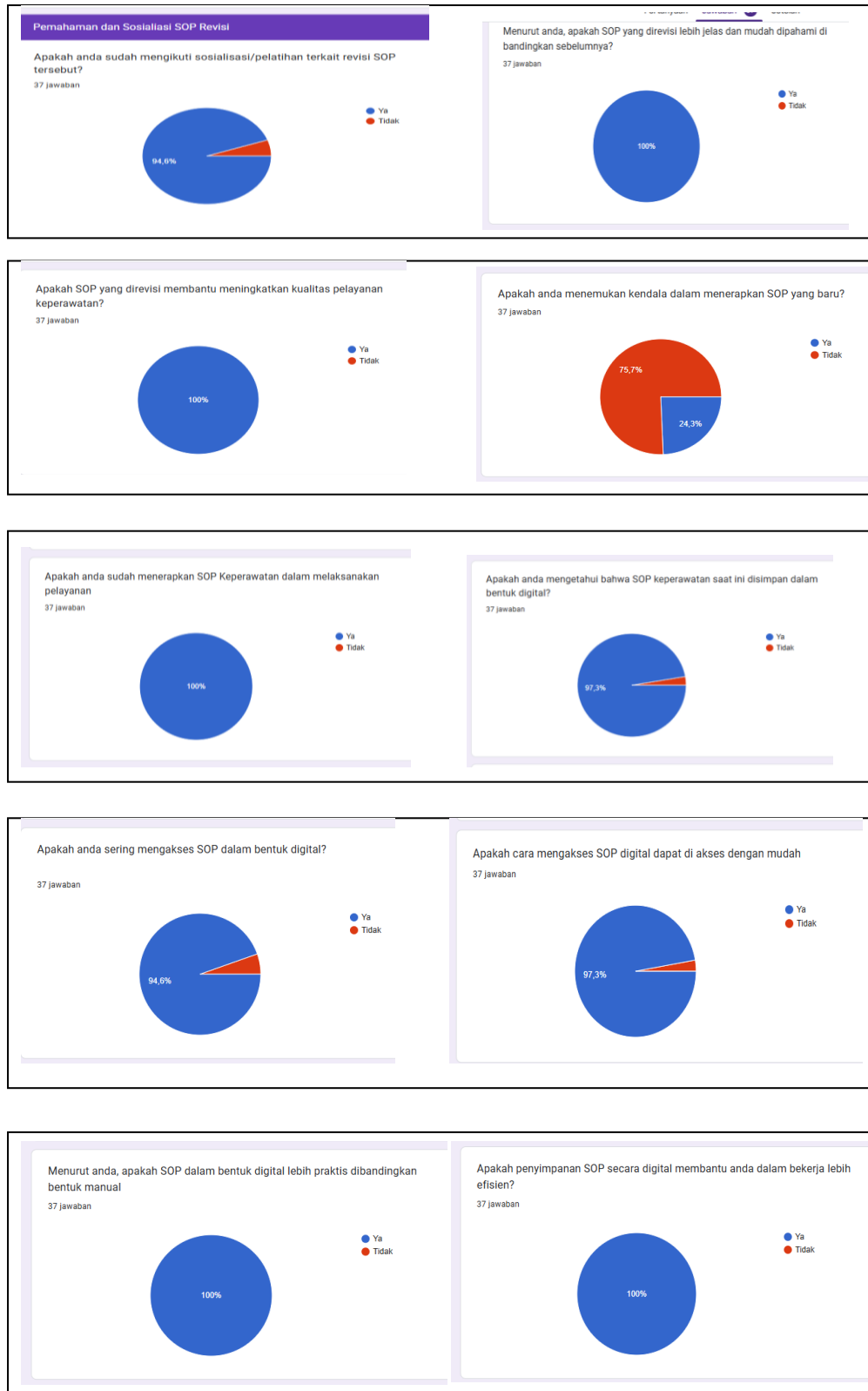
Pertanyaan dalam angket/kuisisioner sebanyak 10 (sepuluh) pertanyaan, setelah disebar kepada *stakeholder*, kemudian diperoleh jawaban seperti tergambar dalam rekapitan hasil kuisisioner berikut ini:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Nama	Apakah anda sudah mengikuti sosialisasi/pelatihan terkait revisi SOP tersebut?	Menurut anda, apakah SOP yang direvisi lebih jelas dan mudah dipahami di bandingkan sebelumnya?	Apakah SOP yang direvisi membantu meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan?	Apakah anda menemukan kendala dalam menerapkan SOP yang baru?	Apakah anda sudah menerapkan SOP Keperawatan dalam melaksanakan pelayanan	Apakah anda mengetahui bahwa SOP Keperawatan saat ini disimpan dalam bentuk digital?	Apakah anda sering mengakses SOP dalam bentuk digital?	Apakah cara mengakses SOP digital dapat di akses dengan mudah	Menurut anda, apakah SOP dalam bentuk digital lebih praktis dibandingkan bentuk manual	Apakah penyimpanan SOP secara digital membantu anda dalam bekerja lebih efisien?
2	Nuri	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
3	Fathurrahman	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
4	NELY ARSYAD	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
5	Dian Susnita	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
6	Mismarina, S.Kep	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
7	Ni Wayan Anikusnadi	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
8	Afi Anggriani Jacob,	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
9	Radinal abd zaelani	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
10	Fatmawati Amd.kep	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
11	I Ketut Wirmata	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
12	Cindy Florencia	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
13	Kiran Listyantani	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
14	Bdn. Luh Ayu Diyanas	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
15	Husni	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
16	NELY ARSYAD AMD	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
17	Dian Susnita	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
18	FADHILYAH HURAER	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
19	Eka Sri Kresnayanti	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
20	nani ekawati	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Nama	Apakah anda sudah mengikuti sosialisasi/pelatihan terkait revisi SOP tersebut?	Menurut anda, apakah SOP yang direvisi lebih jelas dan mudah dipahami di bandingkan sebelumnya?	Apakah SOP yang direvisi membantu meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan?	Apakah anda menemukan kendala dalam menerapkan SOP yang baru?	Apakah anda sudah menerapkan SOP Keperawatan dalam melaksanakan pelayanan	Apakah anda mengetahui bahwa SOP Keperawatan saat ini disimpan dalam bentuk digital?	Apakah anda sering mengakses SOP dalam bentuk digital?	Apakah cara mengakses SOP digital dapat di akses dengan mudah	Menurut anda, apakah SOP dalam bentuk digital lebih praktis dibandingkan bentuk manual	Apakah penyimpanan SOP secara digital membantu anda dalam bekerja lebih efisien?
21	Putu Hendri yani	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
22	LILIS HARYATI	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
23	RISMAWATI	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
24	Anita Pratiwi Ranti	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
25	Olifra Alien	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
26	Isma yulianawati	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
27	Agus Budhyana	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
28	Isna waida	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
29	Ns.Dyah Nastiti Cahy	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
30	MUH.JUNAID A Md. K	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
31	Indriyani	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
32	Nurmiza Cahya Pratiw	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
33	Lydia yunita	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
34	Chris Hendri Stevano	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
35	Intan Niadewi	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
36	Dewi Apriliani	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
37	Darmawati	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
38	MARLIANTY RANTAH	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya

Gambar 3.30. Rekapitulasi hasil angket/kuisisioner

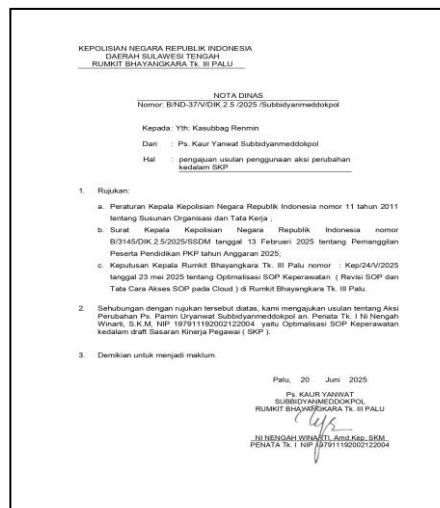
Monev SOP Keperawatan dalam bentuk tabel



Gambar 3.31 Rekapitulasi hasil angket/kuisisioner penggunaan *SOP Keperawatan*

3) Membuat usulan penggunaan Aksi Perubahan ke dalam SKP

Kegiatan dilaksanakan oleh Action leader di kantor Subbidyanmeddokpol, usulan tersebut dalam bentuk Nota Dinas yang ditujukan kepada Kasubagrenmin Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu dengan Nomor: /ND-37/V/DIK.2.5./2024/Subidyanmeddokpol, tanggal 20 Juni 2025 perihal pengajuan usulan penggunaan aksi perubahan ke dalam SKP.



Gambar 3.32.

Nota Dinas pengajuan usulan penggunaan aksi perubahan ke dalam SKP

Selanjutnya setelah Nota Dinas tersebut dikirimkan kepada Kasubagrenmin Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu. Nota Dinas tersebut ditindaklanjuti oleh Kasubagrenmin dengan memerintahkan staf Subbagrenmin yang bertugas sebagai operator E-kinerja untuk memasukan aksi perubahan ke dalam SKP Action leader periode Januari s.d. Desember 2025.

SARAN KINERJA PEGAWAI PENDIKATAN HASIL KERJA KUANTITATIF BAGI PEJABAT ADMINISTRASI DAN PEJABAT FUNGSIONAL					
KEPOLISIAN NEGARA			PERIODE PENILAIAN: 3 JANUARI SD 31 DESEMBER TAHUN 2025		
NO	PEGAJAWI YANG DINILAI	NO	PEGAJAWI PENILAI KINERJA		
1	NAMA NI NENGAJI WINARTI, SRM	1	NAMA dr. JUDY DERMAWAN, M.Mkes		
2	NIP 197911192002122004	2	NIP 21060498		
3	PANGKAT/ GOL. RUANG	3	PANGKAT/ GOL. AKBP IV B		
4	JABATAN PS. KAURYANWAT RUMKIT BHAYANGKARA TK III PALU BIDJOKRES POLDA SULTENG	4	JABATAN KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALU		
5	UNIT KERJA RUMKIT BHAYANGKARA TK III PALU BIDJOKRES POLDA SULTENG	5	UNIT KERJA RUMKIT BHAYANGKARA TK III PALU BIDJOKRES POLDA SULTENG		
HASIL KERJA					
NO	RENCANA HASIL KERJA PEMIMPIN YANG DINTERVENS	RENCANA HASIL KERJA	ASPEK	INDIKATOR KINERJA INDIVIDU	TARGET
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
UTAMA					
1	Terwujudnya pelayanan unggulan yang berkualitas indikator: merajutkkan rumah sakit dalam memperoleh target dan akreditasi yang lebih tinggi;	Melakukan evaluasi terhadap kegiatan pelayanan perawatan	Kuantitas	Jumlah evaluasi terhadap kegiatan pelayanan perawatan	11-12 giat
			Kualitas	Kesesuaian giat evaluasi terhadap pelayanan perawatan	90-100%
			Waktu	Ketepatan waktu dalam mengevaluasi terhadap kegiatan pelayanan perawatan	11-12 bulan
2	Terwujudnya pelayanan unggulan yang berkualitas indikator: merajutkkan rumah sakit dalam memperoleh target dan akreditasi yang lebih tinggi;	Melaksanakan evaluasi dan pengawasan terhadap penggunaan sarana dan prasarana pelayanan perawatan	Kuantitas	Jumlah pelaksanaan evaluasi dan pengawasan terhadap penggunaan sarana dan prasarana pelayanan perawatan	11-12 giat
			Kualitas	Kesesuaian pelaksanaan evaluasi dan pengawasan terhadap penggunaan sarana dan prasarana pelayanan perawatan	90-100%

LAMPIRAN SARAN KINERJA PEGAWAI	
PERIODE PENILAIAN: 3 JANUARI SD 31 DESEMBER TAHUN 2025	
KEPOLISIAN NEGARA	
DUKUNGAN BEMHER DAYA	
1. Dukungan sumber daya manusia (Perawat) sehingga dapat mendukung pelayanan lebih maksimal	
RENCANA PERTANGGUNGJAWABAN	
1. Hasil kegiatan yang dilaksanakan dapat dipertanggungjawabkan secara akurat	
KONKRERENSI	
1. Jika kinerja diberikan memuaskan dan target tercapai akan meningkatkan kualitas instansi dan memberikan kesan maksimal terhadap kinerja dan instansi	
2. Jika kinerja tidak tercapai maka akan menjadi citra negatif bagi instansi	
Pegawai yang Diteliti	Palu, 3 Januari 2025
<i>Ni Nengaji Winarti, SRM</i>	Pegawai Pokok Kinerja
NI NENGAJI WINARTI, SRM PEJABAT TK I NIP 197911192002122004	<i>Judy Dermawan, M.Mkes</i> dr. JUDY DERMAWAN, M.Mkes AKBP NRP 71060498

Gambar 3.33. SKP Action Leader yang sudah dimasukan aksi perubahan

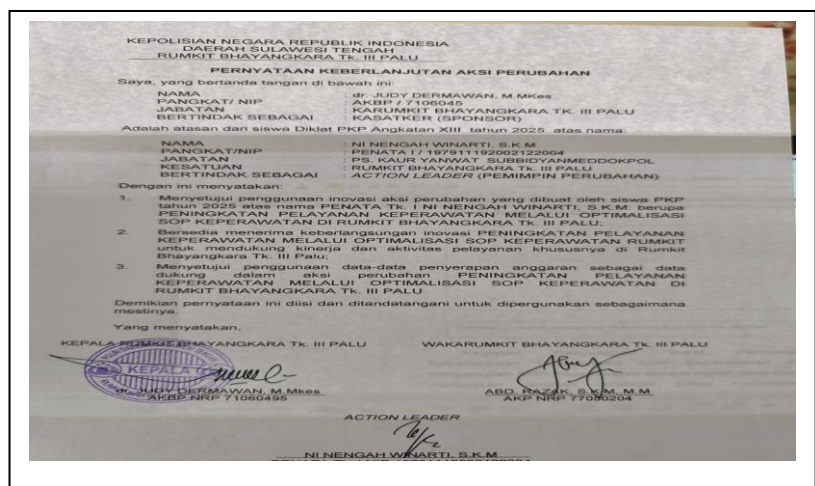
3). Pembuatan Berita Acara Serah Terima Aksi Perubahan

Berita Acara Serah Terima Aksi Perubahan ditandatangani oleh Kasatker (Karumkit Bhayangkara Tk. III Palu), Saksi I (Wakarumkit Bhayangkara Tk. III Palu sekaligus sebagai Mentor), Saksi II (Kasubag Binfung) dan Action leader pada tanggal 25 Juni 2025.



4).Pembuatan Surat Pernyataan Keberlanjutan Penggunaan SOP Keperawatan dan Pengarsipan SOP Keperawatan secara digital pada Cloud.

Action leader membuat Surat Pernyataan Keberlanjutan Penggunaan SOP Keperawatan dan Pengarsipan SOP Keperawatan secara digital pada Cloud yang bertujuan untuk memastikan keberlangsungan penggunaan SOP Keperawatan dan Pengarsipan SOP Keperawatan secara digital pada Cloud dalam jangka panjang dan memaksimalkan manfaat yang dapat diperoleh serta untuk memastikan kepatuhan, meningkatkan efisiensi, keamanan dan efektivitas kerja terkait dengan penggunaan SOP Keperawatan dan Pengarsipan SOP Keperawatan secara digital pada Cloud.



Gambar 3.35 Surat pernyataan Keberlanjutan Aksi Perubahan

5). Pembuatan Formulir Pelaksanaan Mentoring

KEPOLISIAN DAERAH SULAWESI TENGAH
 BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 RUMKIT BHAYANGKARA Tk. III PALU

FORMULIR PELAKSANAAN MENTORING

No	MENTEE		MENTOR	
1	NAMA	NI NENGGAH WINARTI, SKM	NAMA	ABD. RAZAK, S.K.M, M.M
2	NIP	197911192002122004	NIP	77050204
3	PANGKAT/GOL. RUANG	PENATA TK II/III D	PANGKAT/GOL. RUANG	AKP/ III C
4	JABATAN	PS. KAURYANWAT SUBBIDYANMEDDOKPOL	JABATAN	WAKARUMKIT
5	UNIT KERJA	RUMKIT BHAYANGKARA Tk. III PALU	UNIT KERJA	RUMKIT BHAYANGKARA Tk. III PALU
TUJUAN: APA YANG INGIN SAYA CAPAI? KEBERLANJUTAN PROYEK PERUBAHAN/AKSI PERUBAHAN*				
TAHAP	INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (1)	BASLINE TARGET (2)	TARGET (3)	STRATEGI PENCAPAIAN TARGET (4)
JANGKA MENENGAH	Monev kegiatan implementasi penggunaan SOP di ruangan rawat jalan dan rawat inap	100 % 100%	1. Pemahaman dan penerapan SOP Keperawatan di Ruang Rawat Inap dan Rawat Jalan sesuai standar yang telah ditetapkan 2. Pemahaman tentang cara Akses SOP Keperawatan pada Cloud	Melakukan koordinasi dengan mentor, stakeholder user, dan tim terkait cara Akses SOP Keperawatan dan monitoring implementasi SOP dilapangan
JANGKA PANJANG	Penambahan akses kontrol (siapa yang dapat melihat, mengedit dan mengunggah sop baru / sop revisi)	100%	Penyimpanan SOP aman dan mudah diakses secara terbatas	Melaksanakan kegiatan update SOP Baru dan pembatasan Akses
FAKTA: DIMANA SAYA SEKARANG?				
TAHAP	TARGET SKP (5)	PROGRES PENCAPAIAN TARGET JANGKA (6)	MASALAH/ HAMBATAN (7)	PENYEBAB (8)
JANGKA MENENGAH	Monev kegiatan implementasi penggunaan SOP di ruangan rawat jalan dan rawat inap	50%	Kecelakaan perawat dalam melaksanakan tindakan sesuai SOP Revisi	Kurang personil dalam bekerja sesuai standar SOP revisi Kurang mengerti dan minat terhadap SOP

JANGKA PANJANG	Penambahan akses kontrol (siapa yang dapat melihat, mengedit dan mengunggah sop baru / sop revisi)	50%	1. Penambahan akses kontrol membutuhkan waktu yang cukup lama karena harus menyesuaikan dengan kebutuhan.	1. Masih banyak perawat yang kurang mengakses SOP secara digital karena merasa kegiatan yang dilakukan sudah rutin
PELUANG: APA YG DAPAT DIMANFAATKAN UNTUK MELAKSANAKAN PROYEK PERUBAHAN/AKSI PERUBAHAN UNTUK MENCAPAI MENENGAH DAN JANGKA PANJANG (9)				
1. Legalisasi penerapan SOP dan selalu melakukan pembaharuan agar SOP dan penyimpanannya relevan dengan aturan dan panduan 2. Membekali pemahaman terhadap personil Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu, terhadap pentingnya pembaharuan/ revisi SOP sesuai aturan yang berlaku				
LANGKAH KEDEPAN: APA YANG AKAN SAYA LAKUKAN KE DEPAN?				
TAHAP	INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (10)	STRATEGI UNTUK MENGATASI MASALAH/HAMBATAN (11)		
JANGKA MENENGAH	1. Monev kegiatan implementasi penggunaan SOP di ruangan rawat jalan dan rawat inap	Melaksanakan bimbingan teknis pada personil perawat Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu agar dalam melakukan tindakan selalu berpedoman pada sop		
JANGKA PANJANG	Penambahan akses kontrol (siapa yang dapat melihat, mengedit dan mengunggah sop baru / sop revisi)	Melaksanakan update dan kontrol setiap saat pada Cloud		

Palu, 11 Juni 2025
 Mentee
 NI NENGGAH WINARTI, SKM
 197911192002122004

Mentor
 ABD. RAZAK, S.K.M, M.M
 AKP/III C/77050204

Gambar 3.36. Formulir Pelaksanaan Mentoring

6) Pembuatan Formulir Dialog Tim Efektif dan Stakeholder

Formulir Dialog Tim Efektif dan Stakeholders

No	Identitas Peserta			
1	Nama	NI NENGGAH WINARTI, SKM		
2	NIP	197911192002122004		
3	Pangkat/Gol	Penata Tk I		
4	Jabatan	Kaur Yanwat Subbidyarmedokpol		
5	Unit Kerja	Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu		
No	Jenis Aktor/ Peran	Identitas Aktor/ Peran (1)	Bentuk Dialog (2)	Potensi Dukungan (3)
1	Tim Efektif	Paruhuman Soah, S.Kom	Secara langsung tatap muka	Membantu input SOP Keperawatan dalam Cloud dan pembuatan Cara penyimpanan dan Akses SOP
2	Stakeholder Internal	Moh. Junaid, And.Kep	Secara langsung tatap muka	Membantu sosialisasi kepada Perawat Ruang rawat jalan cara Akses SOP
3	Stakeholder Eksternal	Ni Wayan Ariksuadi, SKM	Secara langsung tatap muka	Membantu dalam hal sinkronisasi Naskah SOP sesuai standar Rumah Sakit

Palu, 11 Juni 2025
 Peserta
 NI NENGGAH WINARTI, SKM
 PENATA TK I 197911192002122004

Gambar 3.37. Formulir Dialog Tim Efektif dan Stakeholder

e. Nilai Tambah Organisasi

Optimalisasi SOP Keperawatan pada Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu berdampak terhadap kemudahan perawat dalam mengaskes SOP Keperawatan setiap saat .

Nilai tambah yang dihasilkan dari Aksi perubahan ini yaitu:

Tabel 3.5 Nilai Tambah Organisasi

NO.	KEGIATAN	NILAI AWAL	NILAI RIIL	KETERANGAN
1.	Reviu SOP Keperawatan	Sebelum adanya Reviu masih menggunakan SOP Lama yang sudah tidak relevan dengan aturan Kemenkes dan PPNI	Dengan adanya Reviu SOP Keperawatan menjamin mutu dan keamanan dalam melaksanakan prosedur	SOP sesuai dengan standard Kemenkes dan PPNI dengan menekankan pada pelaksanaan Identifikasi menggunakan 3 parameter
2.	Penyimpanan / pengarsipan SOP	Penyimpanan SOP masih menggunakan fisik dan folder fisik lembaran dibutuhkan tempat tersendiri	Penyimpanan SOP dalam bentuk file dokumen berbentuk PDF	- Efisiensi tempat penyimpanan karena tidak membutuhkan ruangan luas - Efisiensi Anggaran (menghemat pembelian kertas) - Efisiensi Waktu
3.	Penilaian INM (indikator mutu nasional)	Nilai INM Kepatuhan Indentifikasi pada TW 1 berjumlah 98 %	Nilai INM Kepatuhan Identifikasi Pasien pada TW 2 100 %	Peningkatan Nilai INM

3. Pelaksanaan Strategi Pengembangan Kompetensi dalam Aksi Perubahan

a. Pemetaan Sikap Perilaku

KOMPONEN	SUB KOMPONEN		SKOR 1-10
INTEGRITAS	1	Mengingatkan rekan kerja atau bawahan untuk bertindak sesuai dengan nilai, norma, dan etika organisasi dalam segala situasi dan kondisi.	9
	2	Menunjukkan komitmen dan tanggung jawab terhadap penyelesaian tugas yang diembannya.	8
	3	Mengingatkan rekan kerja atau bawahan untuk melaksanakan tugas dan fungsi mereka sesuai dengan tenggat waktu yang ada dan mematuhi ketentuan terkait waktu kerja yang berlaku dalam organisasi.	9
	4	Memberikan informasi yang dapat dipercaya kepada orang lain/ pihak lain sesuai dengan etika organisasi.	9
	5	Menerapkan norma atau aturan yang berlaku dalam organisasi secara konsisten dalam setiap situasi dalam lingkup pekerjaannya.	8
	6	Memberikan argumen dengan disertai pemahaman atas ketentuan yang berlaku di organisasi dan konsekuensinya dalam mengingatkan atau mengajak rekan kerja/ bawahan dalam penegakan aturan.	8
	JUMLAH		
KERJASAMA	7	Menyampaikan informasi dengan cukup jelas baik secara tertulis maupun lisan dalam menunjang kelancaran kerja pada unit/tim yang dipimpinnya.	8
	8	Melakukan koordinasi yang efektif dengan pihak-pihak relevan di lingkup satuan kerja/organisasi dalam rangka menjamin kinerja di lingkup unitnya.	8
	9	Aktif menjalin komunikasi dengan pemangku kepentingan eksternal organisasi dalam rangka menunjang kualitas layanan yang diselenggarakan organisasi	8
	10	Merespon dengan positif adanya perbedaan atau kemajemukan dalam unit/tim kerja sehingga tetap fokus pada tujuan kerja yang disepakati.	8
	11	Bertanggungjawab terhadap peran atau tugasnya dalam rangka mencapai sasaran atau tujuan tim yang telah disepakati.	8
	JUMLAH		
MENGELOLA PERUBAHAN	12	Aktif mencari informasi kebutuhan pemangku kepentingan dan memberikan penjelasan mengenai prosedur standar pelayanan yang berlaku sebagai upaya pemenuhan pelayanan publik yang efektif dan efisien.	8
	13	Mengantisipasi kebutuhan perubahan dan menyiapkan alternatif solusi yang dapat dilakukan oleh unit kerjanya untuk menghadapi perubahan	8
	14	Aktif mencari informasi kebutuhan pemangku kepentingan dan memberikan penjelasan mengenai prosedur standar pelayanan yang berlaku sebagai upaya pemenuhan pelayanan publik yang efektif dan efisien.	8
	15	Aktif mengembangkan kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan perubahan dalam pemberian pelayanan publik.	8
	16	Menggunakan cara yang beragam untuk memastikan bawahan memahami arahan penyelesaian tugas yang sesuai dengan target kerja yang diberikan dan SOP yang berlaku.	8
	JUMLAH		

Gambar 3.38 Pemetaan Sikap Perilaku Peserta

b. Penilaian dari Mentor terhadap *Action Leader*

KOMPONEN	SUB KOMPONEN		SKOR 1-10
INTEGRITAS	1	Mengingatkan rekan kerja atau bawahan untuk bertindak sesuai dengan nilai, norma, dan etika organisasi dalam segala situasi dan kondisi.	8
	2	Menunjukkan komitmen dan tanggung jawab terhadap penyelesaian tugas yang diembannya.	8
	3	Mengingatkan rekan kerja atau bawahan untuk melaksanakan tugas dan fungsi mereka sesuai dengan tenggat waktu yang ada dan mematuhi ketentuan terkait waktu kerja yang berlaku dalam organisasi.	9
	4	Memberikan informasi yang dapat dipercaya kepada orang lain/ pihak lain sesuai dengan etika organisasi.	9
	5	Menerapkan norma atau aturan yang berlaku dalam organisasi secara konsisten dalam setiap situasi dalam lingkup pekerjaannya.	8
	6	Memberikan argumen dengan disertai pemahaman atas ketentuan yang berlaku di organisasi dan konsekuensinya dalam mengingatkan atau mengajak rekan kerja/ bawahan dalam penegakan aturan.	8
	JUMLAH		8.33
KERJASAMA	7	Menyampaikan informasi dengan cukup jelas baik secara tertulis maupun lisan dalam menunjang kelancaran kerja pada unit/tim yang dipimpinnya.	8
	8	Melakukan koordinasi yang efektif dengan pihak-pihak relevan di lingkup satuan kerja/organisasi dalam rangka menjamin kinerja di lingkup unitnya.	8
	9	Aktif menjalin komunikasi dengan pemangku kepentingan eksternal organisasi dalam rangka menunjang kualitas layanan yang diselenggarakan organisasi	8
	10	Merespon dengan positif adanya perbedaan atau kemajemukan dalam unit/tim kerja sehingga tetap fokus pada tujuan kerja yang disepakati.	8
	11	Bertanggungjawab terhadap peran atau tugasnya dalam rangka mencapai sasaran atau tujuan tim yang telah disepakati.	8
	JUMLAH		8.00
MENGELOLA PERUBAHAN	12	Aktif mencari informasi kebutuhan pemangku kepentingan dan memberikan penjelasan mengenai prosedur standar pelayanan yang berlaku sebagai upaya pemenuhan pelayanan publik yang efektif dan efisien.	8
	13	Mengantisipasi kebutuhan perubahan dan menyiapkan alternatif solusi yang dapat dilakukan oleh unit kerjanya untuk menghadapi perubahan	8
	14	Aktif mencari informasi kebutuhan pemangku kepentingan dan memberikan penjelasan mengenai prosedur standar pelayanan yang berlaku sebagai upaya pemenuhan pelayanan publik yang efektif dan efisien.	8
	15	Aktif mengembangkan kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan perubahan dalam pemberian pelayanan publik.	8
	16	Menggunakan cara yang beragam untuk memastikan bawahan memahami arahan penyelesaian tugas yang sesuai dengan target kerja yang diberikan dan SOP yang berlaku.	8
	JUMLAH		8.00

Gambar 3.39. Penilaian mentor terhadap *action leader*

c. Rekap Nilai Akhir Sikap Prilaku

Tabel 7.3
Tabel Rekap Nilai Akhir Sikap Prilaku

	Nilai Komponen				Kualifikasi Total Sub Komponen
	Sub Komponen Integritas	Sub Komponen Kerjasama	Sub Komponen Mengelola Perubahan	Rata-Rata Total Sub Komponen	
Peserta	8.33	8.00	8.00	8.11	Baik
Mentor	8.50	8.00	8.00	8.17	Baik
Nilai Rata-Rata Per Sub Komponen	8.45	8.00	8.00	8.15	Baik
Kualifikasi Per Sub Komponen	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik

Keterangan Kualifikasi		Akhir Sikap Prilaku
9.00-10	Istimewa	8.15
7-8.99	Baik	Kualifikasi: Baik
5-6.99	Cukup	
3-4.99	Kurang	
1-2.99	Sangat Kurang	

Gambar 3.40 Rekap Nilai Akhir Sikap Prilaku

d. Strategi Pengembangan Kompetensi

Dalam pelaksanaan aksi perubahan, *action leader* melaksanakan strategi pengembangan kompetensi diri dengan cara sebagai berikut:

- 1) Mengikuti *webinar* tentang pengetahuan teknik dan ilmu dasar *public speaking*.

Kegiatan *webinar* ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan tentang teknik dan ilmu dasar *public speaking* yang akan mempermudah hubungan dengan orang lain sehingga pada akhirnya akan membantu dalam hal membangun tim yang efektif. Webinar ini diselenggarakan oleh Trias Academy pada tanggal 12 Mei 2025.



Gambar 3.41. Sertifikat Webinar

- 2). Mengikuti seminar Internasional dengan Tema Leadership yang diselenggarakan oleh Consultee & Company pada tanggal 11 mei 2025.



Gambar 3.42 Sertifikat Webinar

- 3) Mengikuti seminar Internasional dengan Tema Public Speaking and Presentation yang diselenggarakan oleh Consultee & Company pada tanggal 17 Mei 2025.



Gambar 3.43 Sertifikat Webinar

- 4) Keterkaitan Mata Pelatihan Pilihan dengan Aksi Perubahan

Aksi perubahan sebagai kerangka berpikir dan bertindak melakukan suatu perubahan dalam mencapai tujuan dengan cara-cara inovatif dan memberikan manfaat, sehingga dalam Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) ini, *action leader* mewujudkan Optimalisasi SOP Keperawatan sebagai terobosan dalam meningkatkan pelayanan keperawatan dan ikut mewujudkan digitalisasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Palu

Disamping pelaksanaan implemetasi SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu , dalam hal pengembangan kompetensi, *Action Leader* memilih 3 (tiga) mata pelatihan pilihan yang dikaitkan dengan Aksi Perubahan.

- a. Digital Skill dalam Penyusunan Kebijakan

Penguasaan keterampilan digital adalah fondasi bagi ASN untuk dapat merespons perubahan lingkungan strategis, memperkuat peran analisis kebijakan, dan memastikan bahwa kebijakan yang dirumuskan relevan,

akuntabel, serta mampu mendorong inovasi dan peningkatan kualitas pelayanan publik di Indonesia. Ini adalah bagian integral dari upaya LAN RI dalam mengembangkan kapasitas SDM ASN menuju pemerintahan yang lebih adaptif dan kompetitif di era digital.

Dengan Memahami Keterkaitan Antara Mata Pelatihan Pilihan Yaitu Digital Skill Dalam Penyusunan Kebijakan Dengan Aksi Perubahan Optimalisasi SOP Keperawatan (Revisi Dan Pengarsipan SOP Pada Digital Berbasis Cloud), *Action Leader* Dapat Mengembangkan Pemahaman Tentang Bagaimana **Transformasi Digital Menuntut Adanya "Pemimpin Digital"** Yang Tidak Hanya Memiliki Latar Belakang Teknologi, Tetapi Juga Kesadaran (Digital Awareness) Dan Pola Pikir Digital (Digital Mindset) Dalam Menjalankan Fungsi Kepemimpinannya. *Action Leader* Dapat Mengembangkan Platform Digital Untuk Mengumpulkan, Menganalisis, Dan Menginterpretasikan Data Guna Mendukung Perumusan Kebijakan Yang Berbasis Bukti Dan Mendorong Inovasi Dalam Pelayanan Publik.

Optimalisasi SOP keperawatan melalui revisi dan pengarsipan SOP digital berbasis cloud memiliki keterkaitan yang sangat erat dengan modul LAN RI berjudul "Digital Skill dalam Penyusunan Kebijakan." Penerapan keterampilan digital memungkinkan tenaga medis dan pengelola rumah sakit untuk melakukan revisi SOP dengan lebih cepat, akurat, dan aman. Selain itu, penggunaan cloud dalam pengarsipan SOP mendukung aksesibilitas dan efisiensi dalam pengelolaan data, serta meningkatkan kolaborasi dalam penyusunan kebijakan. Dengan keterampilan digital yang tepat, penyusunan

kebijakan keperawatan dapat dilakukan dengan lebih responsif, berbasis teknologi, dan sesuai dengan perkembangan terkini di sektor kesehatan.



Gambar 3.44

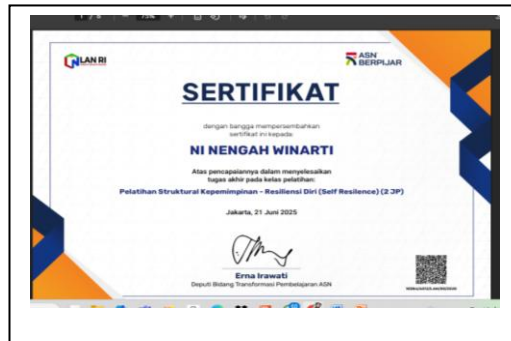
Modul Digital Skill Dalam Penyusunan Kebijakan

b. Resiliensi Diri (Self Resilience)

Pengembangan resiliensi diri adalah investasi strategis bagi setiap pemimpin pengawas. Kemampuan untuk tetap teguh, adaptif, dan positif di tengah badai tidak hanya akan meningkatkan kinerja individu, tetapi juga akan menular pada efektivitas organisasi secara keseluruhan dalam mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik. Ini adalah fondasi penting untuk membentuk ASN yang profesional, berintegritas, dan mampu menghadapi tantangan era modern dengan kepala tegak.

Optimalisasi SOP keperawatan melalui revisi dan pengarsipan SOP digital berbasis cloud memiliki keterkaitan yang kuat dengan modul "**Resiliensi Diri**". Penggunaan teknologi untuk mengelola dan mengakses SOP yang terbaru memungkinkan tenaga medis dan pengelola rumah sakit untuk lebih mudah beradaptasi dengan perubahan, mempertahankan kualitas perawatan dalam menghadapi krisis, dan mengelola pekerjaan dengan lebih efisien. Selain itu, pengembangan

keterampilan digital juga memperkuat resiliensi individu dalam menghadapi tantangan di bidang kesehatan. Dengan demikian, penerapan sistem ini tidak hanya meningkatkan efisiensi operasional, tetapi juga membangun ketahanan dan kesiapan dalam menjalankan tugas keperawatan dengan lebih baik



Gambar 3.45
Modul Resiliensi Diri

c. Gender Equality, Disability and Social Inclusion

Secara keseluruhan, ini menyimpulkan bahwa integrasi prinsip-prinsip GEDSI dalam kerangka kerja ASN adalah kunci untuk mewujudkan birokrasi yang lebih responsif, akuntabel, dan transformatif. Modul ini menekankan bahwa melalui penguasaan konsep GEDSI, ASN akan mampu merancang kebijakan yang tidak hanya efisien tetapi juga berkeadilan, memastikan bahwa setiap program dan layanan pemerintah benar-benar menjangkau dan memberikan manfaat bagi seluruh warga negara, tanpa ada yang tertinggal. Ini adalah langkah krusial menuju tata kelola pemerintahan yang inklusif dan progresif sesuai dengan tujuan pembangunan nasional.

Kaitan optimalisasi SOP keperawatan melalui revisi dan pengarsipan SOP digital berbasis cloud sangat mendukung penerapan prinsip-prinsip GEDSI (Gender

Equality, Disability, and Social Inclusion). Teknologi ini memungkinkan revisi SOP yang lebih cepat, efisien, dan inklusif, memastikan kesetaraan gender, akses untuk penyandang disabilitas, serta kesetaraan sosial dalam pelayanan kesehatan. Penggunaan SOP digital memungkinkan akses yang lebih luas dan mudah bagi tenaga medis, mempercepat pembaruan kebijakan, serta mendukung penerapan kebijakan yang lebih responsif terhadap kebutuhan sosial yang beragam. Dengan demikian, pengelolaan SOP berbasis cloud berperan penting dalam menciptakan layanan kesehatan yang lebih adil dan inklusif.



Gambar 3.46 Modul GEDSI

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari aksi perubahan revisi SOP Keperawatan dan pengarsipan SOP Keperawatan secara digital pada Cloud yang telah dilaksanakan di Uryanwat Subbidyanmeddokpol Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu dapat diambil beberapa kesimpulan, yaitu:

1. Pelaksanaan aksi perubahan sudah terlaksana, walaupun untuk waktu pelaksanaan kurang sesuai dengan *milestone* yang direncanakan, tetapi semua tahapan dapat dilaksanakan secara keseluruhan, sehingga aksi perubahan dapat diimplementasikan dan terwujud sesuai dengan yang diharapkan;
2. Aksi perubahan dapat terlaksana dengan dukungan dari para *stakeholder*;
3. Tujuan jangka pendek aksi perubahan sudah tercapai dan merupakan landasan untuk pencapaian tujuan aksi perubahan jangka menengah dan jangka panjang;
4. Keberhasilan menyelesaikan seluruh proses aksi perubahan, merupakan perwujudan dari adanya sinergi dan komitmen yang tinggi dalam membangun aksi perubahan;
5. Dengan adanya revisi SOP Keperawatan dan pengarsipan SOP Keperawatan secara digital berbasis Cloud merupakan solusi inovatif dalam menyesuaikan perkembangan ilmu dan teknologi dalam dunia kesehatan, meningkatkan Efisiensi Kerja , Aksesibilitas yang tinggi serta efisiensi Ruang dan Biaya

B. Rekomendasi

Mengingat terdapat manfaat yang diperoleh dari Optimalisasi SOP Keperawatan pada Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu, maka rekomendasi terhadap aksi perubahan ini adalah sebagai berikut:

1. Agar aksi perubahan ini dapat berlanjut secara berkesinambungan sehingga indikator pasca pelatihan yang telah direncanakan dapat tercapai;
2. Adanya dukungan anggaran yang didukung DIPA Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu terhadap peningkatan pelayanan Keperawatan Terkait Revisi SOP Keperawatan dan Pengarsipan SOP Keperawatan secara Digital berbasis Cloud.

Inovasi yang dilakukan merupakan pengenalan cara baru atau kombinasi baru dari cara-cara lama dalam melakukan peningkatan pelayanan keperawatan dalam hal ini Revisi dan Pengarsipan SOP Keperawatan berbasis Cloud, sehingga menghasilkan perubahan yang bernilai dan bermanfaat. Inovasi akan terus berkembang pada lingkungan organisasi yang inovatif, tanpa inovasi mungkin instansi pemerintah tidak akan mati atau dibubarkan, namun pasti akan kehilangan legitimasi dan kepercayaan dari *stakeholder*.

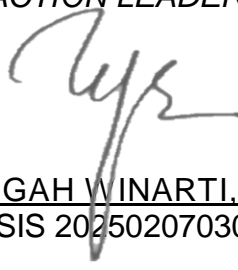
SOP keperawatan yang telah direvisi dan diarsipkan secara digital berbasis Cloud menjadi inovasi dalam pelaksanaan pelayanan Keperawatan, sehingga dukungan dari segala pihak sangat diperlukan untuk terwujudnya implementasi tersebut yang bermanfaat guna meningkatkan pelayanan keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu.

Demikianlah Laporan Hasil Aksi Perubahan ini dibuat dengan judul Peningkatan Pelayanan Keperawatan Melalui Optimalisasi SOP Keperawatan di Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu, guna memenuhi persyaratan dalam mengikuti Pelatihan Kepemimpinan Pengawas

(PKP) Polri Gelombang I angkatan XIII T.A. 2025 pada Pusat Pendidikan Administrasi Lembaga Pendidikan dan Pelatihan Polri di Bandung.

Bandung, 28 Mei 2025

ACTION LEADER


NI NENGAH WINARTI, SKM
NOSIS 20250207030768

DAFTAR PUSTAKA

Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2002 Tentang Kepolisian Negara Republik Indonesia;

Lembaga Administrasi Negara. 2023. *Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kurikulum Pelatihan Struktural Kepemimpinan*. Jakarta.

Lembaga Administrasi Negara (LAN RI). (2023). Modul Pelatihan Kepemimpinan Pengawas PKP.

Peraturan Kapolri Nomor 11 Tahun 2011 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kelola Rumkit Bhayangkara Republik Indonesia. 2002.

Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 Tentang Aparatur Sipil Negara. Jakarta.

RIWAYAT HIDUP



Ni Nengah Winarti, S.K.M. lahir di Suli pada tanggal 19 November 1979. Telah menyelesaikan S1 Kesehatan Masyarakat pada tahun 2000 di Universitas Muhammadiyah Palu.. Saat ini penulis aktif sebagai Kaur Yanwat Subbidyanmeddokpol Rumkit Bhayangkara Tk. III Palu Kepolisian Daerah Sulawesi Tengah dari tahun 2024 s.d. sekarang.