

LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI  
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI

---

## LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN

### OPTIMALISASI PENGAWASAN TERHADAP PEMERIKSAAN STATUS PASIEN DI RUMAH SAKIT TK IV BHAYANGKARA GORONTALO



OLEH:

RONNA S KALAKA, S.Kep.  
NOMOR SISWA 20240307030628

---

PESERTA PELATIHAN KEPEMIMPINAN PENGAWAS  
ANGKATAN XT.A. 2024

LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI  
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI

PENJELASAN MENTOR  
TENTANG KEMAMPUAN PESERTA

Nama Peserta Pelatihan : RONNA S KALAKA, S.Kep.

Nosis : 20240307030628

Saya menilai peserta ~~Sangat Mampu/ Mampu/ Kurang Mampu/ Tidak Mampu~~ melaksanakan Aksi Perubahan, dengan penjelasan sebagai berikut:

.

Action Leader Sangat mamapu Melaksanakan aksi perubahan semoga bisa bermanfaat bagi organisasi Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo.

Bandung , Juli 2024

MENTOR



dr. LYKA MUSTIKA DELIMA  
IPTU NRP 92010551

LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI  
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI

PENJELASAN *COACH*  
TENTANG KEMAMPUAN PESERTA

Nama Peserta Pelatihan : RONNA S KALAKA, S.Kep.

Nosis : 20240307030628

Saya menilai peserta ~~Sangat Mampu~~/ Mampu/ ~~Kurang Mampu~~/ Tidak Mampu melaksanakan Aksi Perubahan, dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Pembuatan Buku Panduan dan SOP Pengawasan Terhadap Pemeriksaan Status Pasien secara tepat di Rumkit Bhayangkara TK IV Gorontalo.
2. Siap untuk diseminarkan

Bandung , Juli 2024

*COACH*



ENDANG SRIYANI, SH,M.A.P  
AKBP NRP 74070790

LEMBAGA PENDIDIKAN DAN PELATIHAN POLRI  
PUSAT PENDIDIKAN ADMINISTRASI

---

LEMBAR PERSETUJUAN:

**LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN**

**OPTIMALISASI PENGAWASAN TERHADAP PEMERIKSAAN  
STATUS PASIEN DI RUMAH SAKIT TK IV BHAYANGKARA  
GORONTALO**

OLEH:

RONNA S KALAKA, S.Kep.  
NOSIS: 20240307030628

Telah disetujui pada tanggal Juli 2024  
Di Pusdikmin Lemdiklat Polri Bandung

Coach



ENDANG SRIYANI, SH,M.A.P  
AKBP NRP 74070790

Mentor



dr. LYKA MUSTIKA DELIMA.  
IPTU NRP 92010551

## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena dengan Rahmat dan Ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan hasil aksi perubahan ini dengan segala keterbatasan dan kekurangan yang ada.

Laporan hasil aksi perubahan Pelatihan Kepemimpinan Pengawas ini disusun dalam rangka mengikuti proses Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) T.A. 2024 pada Pusat Pendidikan Administrasi Lembaga Pendidikan dan Pelatihan Polri (Pusdikmin Lemdiklat Polri).

Dalam proses penyusunan laporan hasil aksi perubahan ini, penulis mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih yang setulus-tulusnya kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan petunjuk, kekuatan, kemudahan dan kelancaran dalam melaksanakan PKP serta penyusunan laporan hasil aksi perubahan.
2. AKP Agung Darmawan, Sp.M, selaku Karumkit Bhayangkara TK IV Gorontalo yang selalu memberikan support.
3. Komisaris Besar Polisi Ruli Agus Pramono selaku Kepala Pusdikmin Lemdiklat Polri.
4. dr.Lyka Mustika Delima, selaku Wakarumkit Bhayangkara Tk IV Gorontalo, sekaligus selaku mentor yang selalu memberikan bimbingan dan support.
5. AKBP Endang Sriyani,SH,M.A.P. selaku coach yang senantiasa memberikan bimbingan dan arahan dalam pelaksanaan dan penyusunan laporan aksi perubahan.
6. Kabag Binsis, Kabag Gadik, Kabag DIklat, para Perwira Penuntun yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melaksanakan PKP di Pusdikmin Lemdiklat Polri.
7. Seluruh Widyaiswara yang telah memberikan ilmu dan wawasan tentang kepemimpinan.
8. Rekan-rekan peserta Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) Angkatan

IX dan X Tahun 2024 yang berkoordinasi dan bekerjasama selama penulis mengikuti Pelatihan.

9. Orang tua, suami, anak serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan do'a, support, semangat kepada penulis dalam mengikuti PKP.
10. Semua pihak yang telah turut membantu dan memberikan support sehingga laporan aksi perubahan dapat selesai dengan lancar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan aksi perubahan Pelatihan Kepemimpinan Pengawas ini masih terdapat kekurangan, olehkarena itu saran dan masukan dari semua pihak sangat diharapkan untuk kesempurnaan laporan ini. Semoga Aksi Perubahan ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak yang memerlukan.

Bandung, Juli 2024

Penyusun

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RONNA S KALAKA', written over a light gray grid background.

RONNA S KALAKA, S.Kep.

## DAFTAR ISI

COVER .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENJELASAN <i>COACH</i> .....	iii
LEMBAR PENJELASAN MENTOR .....	iv
ABSTRAK .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR DIAGRAM .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
1. Deskripsi Umum .....	1
2. Tujuan .....	8
3. Kemanfaatan Aksi Perubahan .....	9
B. Inovasi dan Output Aksi Perubahan .....	11
C. Ruang Lingkup .....	11
BAB II DESKRIPSI RENCANA AKSI PERUBAHAN .....	12
A. Roadmap atau Milestone Aksi Perubahan .....	12
1. Kegiatan .....	12
2. Waktu pelaksanaan .....	13
3. Tahapan aksi perubahan .....	14
B. Stakeholder Aksi Perubahan .....	19
1. Stakeholder Internal .....	19
2. Stakeholder Eksternal .....	19
3. Peran, pengaruh dan intensitas .....	20
C. Strategi Komunikasi .....	27
BAB III PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN .....	29
A. Pemanfaatan Sumber Daya .....	29

1. Mobilisasi SDM .....	29
2. Pengelolaan anggaran .....	32
3. Pengelolaan sarana prasarana.....	32
4. Strategi mengatasi masalah .....	33
B. Stakeholder .....	34
1. Dukungan Stakeholder .....	35
2. Kuadran Stakeholder setelah aksi perubahan .....	37
C. Capaian Aksi Perubahan .....	38
1. Kesesuaian antara milestone dan implementasi .....	38
2. Pencapaian hasil aksi perubahan.....	42
3. Pelaksanaan strategi kompetensi dalam aksi perubahan .....	64
4. Keterkaitan mata pelatihan pilihan dengan aksi perubahan .....	66
BAB IV PENUTUP .....	70
A. Simpulan .....	70
B. Rekomendasi .....	71
DAFTAR PUSTAKA .....	73
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	
A. Berita Acara Penyerahan Aksi Perubahan	
B. Pernyataan/dukungan Stakeholder	
C. Output yang dihasilkan	
D. Pernyataan keberlanjutan aksi perubahan ditanda tangani oleh Kasatker, mentor dan peserta	
E. Lembar Persetujuan Pemilihan Mata Pelatihan Pilihan	
F. Laporan mingguan dan harian / log activity	
G. Rencana Aksi Perubahan yang disetujui Mentor dan Coach	
H. Video Aksi Perubahan	
I. Bahan Tayang	

## DAFTAR GAMBAR

1.	Gambar 1.1. Struktur organisasi .....	
2.	Gambar 1.2. Struktur organisasi .....	
3.	Gambar 2.1. Peta Jejaring ( <i>Net Map</i> ) .....	
4.	Gambar 2.2. Kuadran Stakeholder .....	
5.	Gambar 3.1. Struktur organisasi aksi perubahan .....	
6.	Gambar 3.2. Kuadran Stakeholder Sebelum dan Setelah Aksi Perubahan .....	
7.	Gambar 3.3. Koordinasi dengan Mentor .....	
8.	Gambar 3.4. Koordinasi dengan Sponsor.....	
9.	Gambar 3.5. Sprin tim efektif.....	45
10.	Gambar 3.6. Rapat tim efektif.....	46
11.	Gambar 3.8. Buku Panduan .....	47
12.	Gambar 3.9. Sosialisasi Aksi Perubahan .....	48
13.	Gambar 3.10. implementasi aksi perubahan.....	49
14.	Gambar 3.12. Dukungan dari.....selaku Sponsor.....	51
15.	Gambar 3.14. Dukungan dari stakeholder internal.....	52
16.	Gambar 3.15. Dukungan dari Stakeholder Eksternal.....	52
17.	Gambar 3.18. Rekapitulasi hasil angket/kuesioner.....	55
18.	Gambar 3.19 Penyerahan Sila Jajar beserta buku panduan..	63
19.	Gambar 3.20. Sertifikat Webinar.....	65
20.	Gambar 3.21. Sosialisasi hasil Webinar.....	66

## DAFTAR TABEL

1. Tabel 1.1. Matriks Pemecahan Masalah Metode <i>USG</i> .....	7
2. Tabel 2.1. Tahapan Rencana Aksi Perubahan.....	14
3. Tabel 2.2. Peran dan Pengaruh Stakeholder.....	21
4. Tabel 2.3. Identifikasi <i>Stakeholder</i> sebelum aksi perubahan.....	23
5. Tabel 3.1. Posisi dan Tanggung Jawab Tim Efektif.....	29
6. Tabel 3.2. Kebutuhan Anggaran Aksi Perubahan.....	32
7. Tabel 3.3. Manajemen resiko.....	33
8. Tabel 3.4. Matrik Stakeholder.....	35
8. Tabel 3.5. Identifikasi <i>Stakeholder</i> setelah aksi perubahan.	36
9. Tabel 3.6. Kesesuaian Milestone Rencana dan Implementasi.....	39
10. Tabel 3.7. Pencapaian hasil aksi perubahan.....	43
11. Tabel 3.8. Strategi Pengembangan Kompetensi.....	64

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

##### 1. Deskripsi Umum

###### a. Gambaran Umum

Rumah Sakit Bayangkara Gorontalo merupakan unsur pelaksana di bawah bidang kedokteran dan kesehatan Polda Gorontalo yang bertugas dan bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi personil Polri dan masyarakat umum serta memberikan dukungan kesehatan terhadap tugas operasional Polri. Rumah Sakit Bayangkara Gorontalo dibangun pada Kamis tanggal 1 Juli 2021 dan diresmikan pada 10 Oktober 2022 yang berlokasi di Jalan Runi es kabli Nomor 10 desa hutuo Kecamatan Limboto Kabupaten Gorontalo Provinsi Gorontalo dengan luas tanah 31.924 m per dan luas bangunan seluas 10.000 m persegi berfalsafah sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan kedokteran kepolisian yang Humanis dan Paripurna serta membina jaringan dan rujukan guna meningkatkan derajat kesehatan anggota Polri keluarga dan masyarakat..

Berdasarkan tingkat kemampuan pelayanan, Sumber Daya Manusia (SDM) dan sarana prasarana. Rumah Sakit Bhayangkara Gorontalo merupakan rumah sakit tingkat IV.

Penyelenggaraan rumah sakit di lingkungan Polri menerapkan prinsip-prinsip:

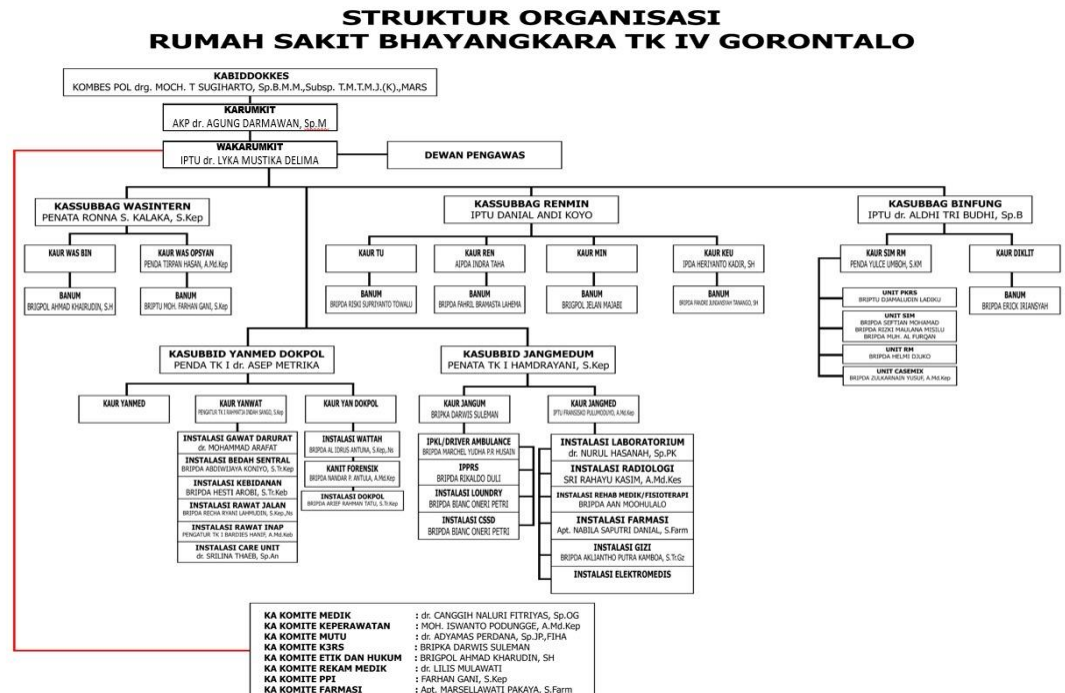
- 1) profesional, yaitu dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi satuan organisasi dilaksanakan sesuai dengan kemampuan dan kompetensi yang dimiliki;
- 2) prosedural, yaitu dilaksanakan dengan mekanisme dan tata cara sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

- 3) akuntabel, yaitu pelayanan dan pengelolaan Rumah Sakit Bhayangkara yang dapat dipertanggungjawabkan;
- 4) transparan, yaitu dilaksanakan secara terbuka sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- 5) nesesitas, yaitu dalam pengisian jabatan struktural dan fungsional disesuaikan dengan kebutuhan organisasi dan kompetensi

Rumah Sakit Bhayangkara memiliki visi Rumah Sakit Tumbuh tangguh dan modern serta misi menyelenggarakan pelayanan yang prima dan profesional menyelenggarakan pelayanan kedokteran kepolisian secara Paripurna kepada masyarakat Polri masyarakat korban kejahatan serta masyarakat umum menggunakan tata kelola manajerial yang profesional dan Taat Hukum menjadikan pusat rujukan pelayanan kesehatan meningkatkan sumber daya manusia profesional dan berorientasi sarana prasarana dan sistem yang berkualitas untuk menuju pencapaian standar pelayanan yang terakreditasi dan berdasarkan kepuasan pelanggan serta menggunakan sistem informasi dan teknologi kedokteran modern guna menunjang pelayanan untuk meningkatkan efektivitas kerja dan moto yang dimiliki rumah sakit ini yaitu melayani dengan sepenuh hati serta budaya kerja yang profesional visioner dan kerja sama . Rumah Sakit Bhayangkara dilengkapi fasilitas seperti instalasi atau unit di bawah pelayanan medik berupa instalasi rawat inap instalasi rawat jalan, Instalasi Gawat Darurat atau IGD, instalasi perawatan intensif atau ICU dan instalasi pelayanan kefarmasian atau VK. Selain itu terdapat juga instalasi di bawah pelayanan penunjang medik berupa instalasi radiologi instalasi Farmasi instalasi laboratorium Instalasi Gizi instalasi rehabilitasi medik instalasi rekam medik instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit instalasi

pemulasaraan jenazah dan instalasi cssb pelayanan rawat jalan dilengkapi dengan fasilitas berupa klinik mata klinik bedah klinik anak klinik jantung klinik kebidanan atau kandungan klinik Kia atau KB klinik Interna klinik ortopediklinik syaraf klinik THT klinik kulit kelamin klinik rehabilitasi medik dan klinik gigi. Kemudian pada pelayanan rawat inap rumah sakit Bayangkara memiliki fasilitas tempat tidur sejumlah 106 tempat tidur di antaranya yaitu ruang IGD ruang anak ruang kelas 1 ruang kelas 2 ruang kelas 3 wanita ruang kelas pria ruang VK ruang ICU ruang picu ruang NU dan ruang RR peningkatan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Bayangkara terus diupayakan sejalan dengan meningkatnya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang optimal bermutu dan professional..

Berdasarkan uraian diatas, maka struktur organisasi Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo adalah sebagai berikut :



Gambar 1.2 Struktur Organisasi Rumkit Bhayangkara TK IV Gorontalo

Dari struktur organisasi tersebut Dalam pelaksanaan tugas sehari-hari *Action Leader* menduduki jabatan sebagai PS kasubag Waintern yang merupakan unsur pembantu pimpinan dan pelaksana staf Rumkit Bhayangkara yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Karumkit Bhayangkara. Kasubbagwasintern mempunyai tugas sebagai berikut :

- 1) Melaksanakan pengawasan dan pembinaan kegiatan rumah sakit bhayangkara secara internal pada bidang pengelolaan sumber daya dan operasional pelayanan sesuai dengan standar pelayanan rumkit bhayangkara
- 2) Pengawasan dan pembinaan sumber daya
- 3) Pengawasan operasional pelayanan Rumkit Bhayangkara

b. Uraian Permasalahan

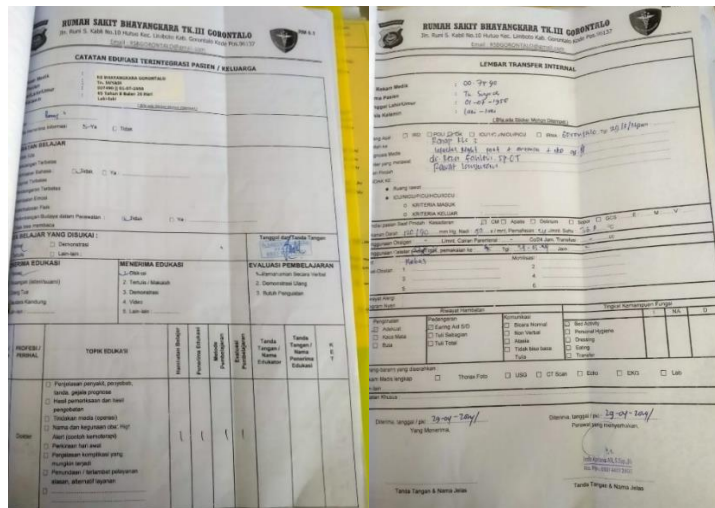
Dalam rangka pencapaian indikator kinerja yang telah ditetapkan, penulis masih menemukan beberapa permasalahan sebagai berikut:

- 1) Berkas atau status pasien yang masih dikembalikan oleh bagian kesmik karena belum lengkap, sehingga rekam medis sering bolak balik untuk kelengkapannya.



Gambar 1. Status Pasien yg dikembalikan dari bagian Kesmik karena belum lengkap

- 2) Belum adanya alur yang menjadi acuan dalam melaksanakan pengawasan status pasien sehingga kecepatan untuk menyampaikan hasil pemeriksaan terlambat



- 3) Belum adanya SDM yang berkompeten untuk melakukan pemeriksaan status pasien.

PETUGAS REKAM MEDIK (JUMLAH)	KENGIKUTI PELATIHAN	BELUM MENGIKUTI PELATIHAN
3	1	2

c. Rumusan Masalah

Dari hasil indentifikasi masalah di atas maka dilakukan analisis untuk menentukan tingkat prioritas dalam penyelesaian masalah agar bisa meningkatkan kinerja organisasi. Adapun analisis yang dipakai dengan metode *USG* (*Urgency, Seriousness, Growth*). Metode *USG* merupakan salah satu cara menetapkan urutan prioritas masalah dengan metode teknik scoring 1-5 dan dengan mempertimbangkan tiga komponen dalam metode *USG*.

Tabel 1.1. Matriks Pemecahan Masalah Metode *USG*

NO	MASALAH	U	S	G	JML	RANK
1.	Berkas atau status pasien yang masih dikembalikan oleh bagian kesmik karena belum lengkap, sehingga rekam medis sering bolak balik untuk kelengkapannya	4	5	5	14	2
2	Belum adanya alur yang menjadi acuan dalam melaksanakan pengawasan status pasien sehingga kecepatan untuk menyampaikan hasil pemeriksaan tidak terlambat	5	5	5	15	1
3	Belum adanya SDM yang berkompeten untuk melakukan pemeriksaan status pasien anggaran untuk pengeluaran belanja kertas.	4	4	5	13	3

Keterangan:

1 = sangat rendah, 2 = rendah, 3 = sedang, 4 = tinggi, 5 = sangat tinggi

U : *Urgency*, yaitu dilihat dari tersedianya waktu, mendesak atau tidak masalah tersebut diselesaikan.

S : *Seriousness*, yaitu dengan melihat dampak masalah tersebut terhadap produktifitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, membahayakan sistem atau tidak.

G : *Growth*, yaitu tingkat perkembangan masalah apakah masalah tersebut berkembang sedemikian rupa sehingga sulit untuk dicegah.

Berdasarkan hasil identifikasi masalah yang telah disampaikan maka masalah yang menjadi prioritas dan harus diselesaikan dalam waktu 60 hari adalah “optimalisasi pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di rumah sakit TK IV bhayangkara gorontalo” sehingga sangat diperlukan inovasi dan terobosan untuk meningkatkan hal tersebut.

## 2. Tujuan

Adapun tujuan yang ingin dicapai dalam pelaksanaan aksi perubahan ini adalah:

a. Tahap *off campus*, yaitu:

- 1) Pembuatan Alur pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien.
- 2) Membuat buku panduan pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien.
- 3) Terlaksananya pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien oleh petugas Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo yang efektif dan efisien.

b. Tahap Pasca Pelatihan.

1) Jangka Menengah

Melakukan Evaluasi pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien yang ada di Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo

2) Jangka Panjang

Termonitoringnya semua pelaksanaan pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien sesuai dengan alur yang sudah dibuat

3. Kemanfaatan Aksi Perubahan

Sebagaimana arah kebijakan reformasi birokrasi nasional 2020–2024 adalah untuk mempercepat terciptanya birokrasi digital dan mempercepat dampak pelaksanaan RB, maka terdapat dua strategi utama untuk melaksanakan arah kebijakan tersebut. Pertama, untuk mempercepat terciptanya birokrasi digital maka ditetapkan kebijakan percepatan dalam RB General; kedua, untuk mempercepat dampak pelaksanaan RB maka ditetapkan isu prioritas nasional dalam RB Tematik

Ada empat fokus reformasi birokrasi tematik yang ditetapkan saat ini, antara lain.

- a. Pengentasan Kemiskinan yang berfokus untuk mencari solusi percepatan peningkatan kualitas hidup masyarakat miskin.
- b. Peningkatan Investasi, untuk mendorong kemudahan pelayanan perizinan dan menciptakan iklim investasi yang semakin kondusif.
- c. Akselerasi Digitalisasi Administrasi Pemerintahan, untuk menciptakan birokrasi tangkas dan pelayanan publik yang prima berbasis struktur digital, budaya digital, dan kompetensi digital.
- d. Tematik Prioritas Presiden, untuk merespons dan mengawal hal-hal yang mendesak menurut Presiden sehingga dapat

meminimalisasi risiko yang berdampak serius pada masyarakat. Contohnya isu stunting, penggunaan produk dalam negeri, dan lainnya.

Kegiatan Pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien berdampak terhadap efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tugas sehari-hari Sub bagian Wasintern Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo, hal tersebut sangat erat kaitannya dengan program Reformasi Birokrasi Tematik yang telah di programkan oleh pemerintah, khususnya pada program ke 4, yaitu Program Prioritas Pemerintah dimana rumkit bhayangkara TK IV harus memberikan pelayanan yang maksimal bagi para pengguna layanan tersebut.

Penyelenggaraan aksi perubahan ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

a. Manfaat Internal

- 1) Penghematan waktu dan biaya, dengan adanya Pengawasan pemeriksaan terhadap status pasien lebih menghemat waktu, karena tidak perlu bolak balik untuk pemeriksaan status pasien
- 2) Tersedianya alur pengawasan pemeriksaan status pasien sehingga bisa dilaksanakan secara efektif dan efisien
- 3) Efektifitas kinerja Rumah sakit Bhayangkara Khususnya di bagian Subbagwaintern meningkat dalam hal pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien

b. Manfaat Eksternal

- 1) Sebagai bahan pembelajaran bagi Stakeholder di luar Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo
- 2) Peningkatan kepuasan pengguna layanan, dengan adanya alur pengawasan berarti mempercepat pemeriksaan terhadap status pasien, organisasi dapat mengidentifikasi area di mana mereka dapat meningkatkan layanan mereka.

## **B. Inovasi dan Output Aksi Perubahan**

### 1. Inovasi

Berdasarkan tujuan tersebut diatas maka inovasi rencana aksi perubahan yang dibuat berupa membuat Alur dan pedoman dalam pelaksanaan pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien dirumah sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo.

### 2. Output Aksi Perubahan

Sedangkan *output* yang dihasilkan dalam aksi perubahan ini adalah sebagai berikut:

- a. Tersedianya SOP Pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien
- b. Tersedianya buku panduan tentang Pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien.
- c. Adanya implementasi aksi perubahan yaitu pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien sebagai bentuk layanan di ruang lingkup Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo

## **C. Ruang Lingkup**

Perubahan ini berfokus pada seluruh kegiatan yang berhubungan pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien atau keluarga yang berkunjung ke Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo. Dengan adanya rencana aksi perubahan ini *action leader* akan melakukan inovasi berupa pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien yang efektif dan efisien.

## BAB II

### DESKRIPSI RENCANA AKSI PERUBAHAN

#### A. *Roadmap* atau *Milestone* Aksi Perubahan

*Roadmap* merupakan rencana pekerjaan yang menggambarkan kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan. Langkah kegiatan yang harus dilaksanakan tahap demi tahap dan dituangkan dalam tabel tahapan aksi perubahan dengan waktu pelaksanaan pengerjaan proyek perubahan dibedakan menjadi 4 bagian besar yaitu:

##### 1. Kegiatan

###### a. Tahap Perencanaan (*Planing*)

- 1) Melaporkan tentang rencana pelaksanaan aksi perubahan kepada Mentor (atasan langsung) dan Sponsor tentang hasil seminar rencana aksi perubahan dan pelaksanaannya
- 2) Koordinasi dengan stakeholder internal dan eksternal terkait aksi perubahan yang akan dilaksanakan

###### b. Tahap Pengorganisasian (*Organizing*)

- 1) Pembentukan tim efektif
- 2) Pembuatan surat perintah tim efektif
- 3) Pendistribusian surat perintah tim efektif
- 4) Rapat pembagian tugas bagi tim efektif

###### c. Tahap Pelaksanaan (*Actuating*)

- 1) Penyusunan buku pedoman pengawasan terhadap status pasien
- 2) Penyusunan SOP Pengawasan terhadap status pasien.
- 3) Pengesahan buku Pedoman dan sop oleh pimpinan.

- 4) Sosialisasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien.
  - 5) Implementasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien
- d. Tahap Monitoring dan Evaluasi
- 1) Membuat angket tentang pelaksanaan implementasi aksi perubahan
  - 2) Penyebaran angket kepada user
  - 3) Mengolah data dari angket yang telah disebar
  - 4) Melaksanakan rapat pembahasan hasil olah data angket
  - 5) Membuat laporan pelaksanaan aksi perubahan
2. Waktu Pelaksanaan
- Waktu pelaksanaan aksi perubahan dimulai dari tanggal 6 Mei s.d. 2 Juli 2024 yang dibagi menjadi beberapa tahapan, yaitu:
- a. Waktu Perencanaan (*Planing*) aksi perubahan dari tanggal 6 s.d. 10 Mei 2024
  - b. Waktu Pengorganisasian (*Organizing*) aksi perubahan dari tanggal 13 s.d. 17 Mei 2024
  - c. Waktu Pelaksanaan (*Actuating*) aksi perubahan dari tanggal 20 Mei s.d. 25 Juni 2024
  - d. Waktu pengawasan (*Controlling*) aksi perubahan dari tanggal 26 Juni s.d. 2 Juli 2024
3. Tahapan rencana aksi perubahan
- Kegiatan yang harus dilaksanakan pada tahapan aksi perubahan dengan waktu pelaksanaan yang dibedakan menjadi 4 bagian besar yaitu:

Tabel 2.1. Tahapan Rencana Aksi Perubahan

TAHAPAN UTAMA	WAKTU	KET/EVIDENCI
TAHAP ON CAMPUS	2 (DUA) BULAN	
1. <i>Planning</i> (Perencanaan)	Minggu I	
a. Menghadap sponsor tentang hasil seminar Rencana Aksi Perubahan (RAP)	Senin, 6 Mei 2024 (1 hari)	Dokumentasi
b. Menghadap mentor untuk melaporkan rencana pelaksanaan kegiatan serta berkonsultasi mengenai aksi perubahan	Selasa, 7 Mei 2024 (1 hari)	Dokumentasi, Persetujuan dan dukungan
c. 2024	Rabu, 9 Mei 2024	Dokumentasi
d. Koordinasi dengan stakeholder eksternal untuk pelaksanaan aksi perubahan	Jum'at 10 Mei 2024	Dokumentasi
2. <i>Organizing</i> (Pengorganisasian)	Minggu II	
a. Pembentukan tim efektif	Senin 13 Mei 2024 (1 hari)	Terbentuknya tim efektif
b. Pembuatan surat perintah tim efektif	Selasa 14 Mei 2024 (1 hari)	Sprin Tim Efektif
c. Pendistribusian surat perintah tim efektif	Rabu 15 Mei 2024	Terdistribusikannya surat perintah tim

	(2 hari)	efektif
d. Rapat pembagian tugas bagi tim efektif	Kamis dan jumat 16 s.d 17 Mei 2024 (2 hari)	Pembagian tugas tim efektif
3. <i>Actuating</i> (Pelaksanaan)	Minggu III	
a. Penyusunan buku pedoman pengawasan terhadap status pasien	Senin s.d Jum'at 20 s.d 24 Mei 2024 (6 hari)	Tersedianya buku pedoman pengawasan terhadap status pasien
	Minggu IV	
b. Penyusunan SOP Pengawasan terhadap status pasien	Senin s.d Selasa 27 s.d 28 Mei 2024 (2 hari)	Tersedianya SOP Pengawasan terhadap status pasien
c. Pengesahan buku Pedoman dan sop oleh pimpinan	Rabu s.d Jumat 29 s.d 31 Mei 2024 (3 hari)	Legalisasi buku Pedoman dan sop oleh pimpinan
	Minggu V	
a. Sosialisasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien	Senin s.d Selasa 3 s.d 4 Juni 2024 (2 hari)	Dokumentasi Materi Sosialisasi
b. Impelementasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien	Rabu s.d Sabtu 5 s.d 8 Juni 2024 (4 hari)	Undangan, Absensi, Notulen, Dokumentasi

	Minggu VI	
Implementasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien	Senin s.d Sabtu 10 s.d 15 Juni 2024 (6 hari)	Laporan dan Dokumentasi
	Minggu VII	
Implementasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien	Senin s.d Sabtu 17 s.d 22 Juni 2024 (6 hari)	Laporan dan Dokumentasi
4. <i>Controlling</i> (Monitoring dan Evaluasi)	Minggu VIII	
a. Melakukan Monitoring dan Evaluasi terhadap Pelaksanaan Aksi Perubahan	Kamis 27 Juni 2024 (1 hari)	Dokumentasi
b. Melakukan koordinasi dengan mentor dan coach, terkait dengan pembuatan laporan akhir	Jumat, 27 Juni 2024 (1 hari)	Draft laporan Hasil Aksi Perubahan Laporan akhir aksi perubahan
c. Menyusun Laporan Akhir Pelaksanaan Aksi Perubahan	Jumat s.d Sabtu 27 s.d 28 Juni 2024 (2 hari)	Laporan akhir, Dokumentasi
<b>TAHAP PASKA PELATIHAN</b>		
1. Jangka Menengah		
Melakukan Evaluasi	Agustus 2024 s.d	

pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien yang ada di Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo	Januari 2025	
2. Jangka Panjang		
Termonitoringnya semua pelaksanaan pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien sesuai dengan alur yang sudah dibuat.	Februari s.d Desember 2025	

## B. Stakeholder Aksi Perubahan

*Stakeholders* dalam rencana aksi perubahan merupakan sekelompok orang atau lembaga yang memiliki fungsi memberikan kontribusi baik secara langsung maupun tidak langsung pada rencana aksi perubahan. Stakeholder yang terlibat dalam aksi perubahan terbagi menjadi dua yakni stakeholder internal dan eksternal.

1. Stakeholder Internal
  - a. Karumkit Bhayangkara TK IV Gorontalo
  - b. Wakarumkit Bhayangkara TK IV Gorontalo
  - c. Kaur Wasbin
  - d. Kaur Wasopsyan
  - e. Banum
2. Stakeholder Eksternal
  - a. Kasubbid yanmed dokpol
  - b. Kasubid Jangmedum
  - c. Kasubbagrenmin
  - d. Paramedis / Perawat

### 3. Peran, pengaruh dan intensitas

Pada pelaksanaan aksi perubahan ini *stakeholder* dikelompokkan menjadi 3 jenis, sebagai berikut:

a. *Stakeholder* utama/kunci

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

b. *Stakeholder* primer

*Stakeholder* primer adalah *stakeholder* yang langsung dipengaruhi oleh kegiatan yang dijalankan oleh organisasi publik tertentu.

c. *Stakeholder* sekunder

*Stakeholder* sekunder adalah *stakeholder* yang tidak langsung dipengaruhi oleh kegiatan yang dijalankan oleh organisasi publik tertentu.

Kemudian setiap *stakeholder* dikelompokkan ke dalam kuadran dengan kualifikasi *stakeholders* sebagai berikut:

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

b. *Defenders* memiliki kepentingan pribadi dan dapat menyuarakan dukungannya dalam komunitas, tetapi kekuatannya kecil untuk mempengaruhi kegiatan;

c. *Latents* tidak memiliki kepentingan khusus maupun terlibat dalam kegiatan, tetapi memiliki kekuatan besar untuk mempengaruhi program jika mereka menjadi tertarik;

d. *Apathetics* kurang memiliki kepentingan maupun kekuatan, bahkan mungkin tidak mengetahui adanya kegiatan.

Peran, pengaruh serta instensitas masing-masing stakeholder terhadap aksi perubahan dapat tergambar pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.2. Peran dan Pengaruh Stakeholder

NO	DESKRIPSI	POSISI	PENGARUH	NILAI
<b>1. STAKEHOLDER INTERNAL</b>				
a	Karumkit	mendukung (Promoters) +	Sangat Tinggi	9
b	Wakarumkit	mendukung (Promoters) +	Sangat Tinggi	8
c	Kaur Wasbin	cukup mendukung (latens) ++	Tinggi	7
d	Kaur Opsyan	Cukup Mendukung (latens) ++	Tinggi	7
e	Banum	Mendukung (Defender) +	Tinggi	7
<b>2. STAKEHOLDER EKSTERNAL</b>				
a	Kasubbid yanmed dokpol	Mendukung (Defender) +	Tinggi	6
b	Kasubid Jangmedum	Mendukung (Defender) +	Tinggi	6
c	Kasubbagrenmin	Mendukung (Defender) +	Tinggi	6
d	Paramedis / Perawat	Netral (Apathetic) +/-	Rendah	3

Keterangan :

a) Pemetaan posisi dari setiap *stakeholder* :

- 1) Sangat Mendukung : +++++
- 2) Mendukung : +++
- 3) Cukup Mendukung : ++
- 4) Netral : +/-

b) Penetapan pengaruh *stakeholder*, makin besar pengaruh, maka makin tinggi Towerinya:

- 1) Rendah : 1 – 2;
- 2) Sedang : 3 – 5;
- 3) Tinggi : 6 – 8;
- 4) Sangat Tinggi : 9 <.....

Tabel 2.3. Identifikasi *Stakeholder* sebelum aksi perubahan

IDENTIFIKASI STAKEHOLDER											
No	Stakeholder	Tim Efektif	Jenis Stakeholder			Kelompok Stakeholder				Strategi menjalin hubungan	Strategi Komunikasi
			Primer	Sekunder	Utama	Promoter	Latens	Defender	Apathetics		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
<b>Internal</b>											
1	Karumkit				√	(+) 9				Manage closely	Informatif
2	Wakarumkit				√	(+) 8				Manage closely	Informatif
3	Kaur Wasbin	√			√		(+) 7			Manage closely	Informatif
4	Kaur Opsyan			√			(+) 7			Keep informed	Persuasif
5	Banum	√	√					(+) 7		Keep informed	Persuasif
<b>Eksternal</b>											
7	Kasubbid yanmed dokpol			√				(+) 6		Keep satisfied	Persuasif
8	Kasubid			√				(+) 6		Keep satisfied	Persuasif

IDENTIFIKASI STAKEHOLDER											
No	Stakeholder	Tim Efektif	Jenis Stakeholder			Kelompok Stakeholder				Strategi menjalin hubungan	Strategi Komunikasi
			Primer	Sekunder	Utama	Promoter	Latens	Defender	Apathetics		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Jangmedum										
9	Kasubbagren min			√				(+) 6		Monitor	Persuasif
10	Pasien dan Keluarga			√					(+/-) 3	Monitor	Persuasif

Keterangan:

a) *Jenis Stakeholder*

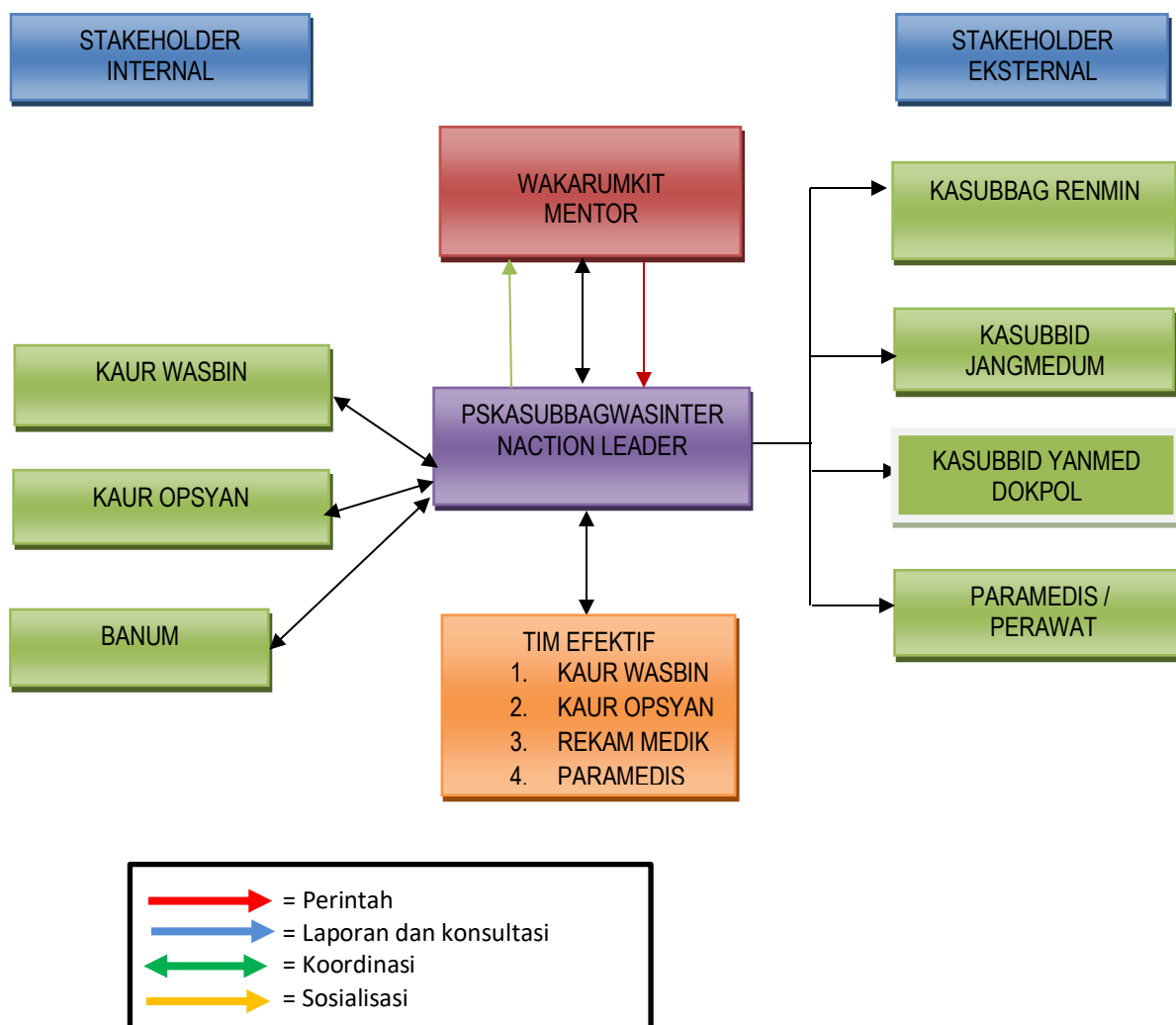
- 1) Primer : Penerima Manfaat / Target dari Upaya;
- 2) Sekunder : Mereka yang langsung terlibat dengan/ bertanggung jawab terhadap penerima manfaat atau sasaran upaya;
- 3) Utama : Pejabat dan pembuat kebijakan adalah mereka yang merencanakan, mensahkan, dan menjalankan hukum dan peraturan yang bisa memenuhi tujuan upaya atau langsung membatalkannya. Mereka yang bisa mempengaruhi pihak lain dan mereka yang punya kepentingan dengan hasil upaya.

b) *Kelompok Stakeholder*

- 1) Promoters : Ketertarikan tinggi, Pengaruh tinggi
- 2) Defenders : Ketertarikan tinggi, Pengaruh rendah
- 3) Latents : Ketertarikan rendah, Pengaruh tinggi
- 4) Apathetics : Ketertarikan rendah, Pengaruh rendah.

Dalam merencanakan suatu aksi perubahan perlu mengenal terlebih dahulu siapa saja stakeholder yang berkepentingan, oleh karena itu perlu dibuat suatu peta jaringan (Net Map) yang bertujuan untuk memetakan stakeholder yang terkait dengan aksi perubahan, serta sebagai instrument/metode yang dipergunakan dalam mengidentifikasi dan menganalisis kompleksitas pengaruh stakeholder terhadap aksi perubahan tersebut.

digambarkan sebagai berikut.

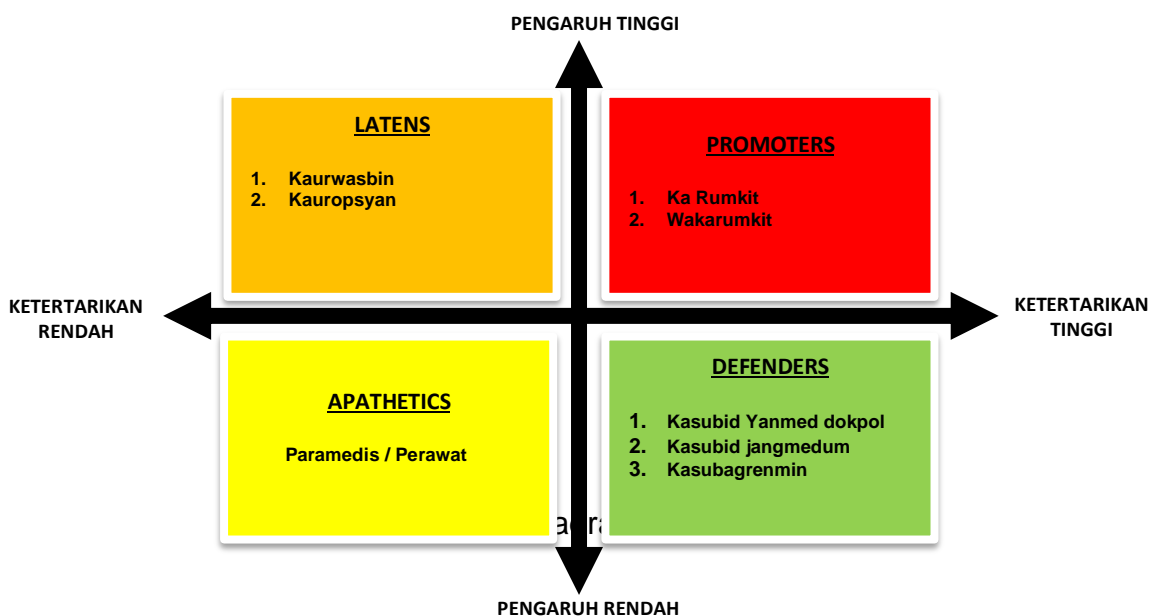


Gambar 2.1. Peta Jejaring (Net Map)

Keterangan :

- a) *Action Leader* melaporkan dan berkonsultasi kepada Mentor tentang rancangan aksi perubahan
- b) *Action leader* melaporkan dan berkonsultasi kepada Sponsor guna melaporkan progres aksi perubahan serta meminta tandatangan sprin tim efektif
- c) Sponsor memerintahkan *action leader* untuk melaksanakan aksi perubahan
- d) Sponsor memerintahkan Mentor untuk mengawal pelaksanaan aksi perubahan yang dilakukan oleh *action leader*
- e) Mentor memerintahkan *action leader* untuk segera melaksanakan kegiatan aksi perubahan
- f) *Action leader* berkordinasi dengan tim efektif untuk memulai aksi perubahan serta memberikan arahan sesuai tugas dan fungsi anggota tim efektif
- g) *Action leader* melakukan Kordinasi dan sosialisasi dengan Stakeholder eksternal terkait rancangan aksi perubahan
- h) *Action leader* melakukan sosialisasi aksi perubahan dengan Stakeholder eksternal (mitra kerja) tentang rancangan aksi perubahan

Berdasarkan identifikasi kepentingan dan kekuatan stakeholder, maka stakeholder dibagi ke dalam 4 (empat) kuadran dalam rangka aksi perubahan sekaligus penyampaian strategi komunikasi efektif yang dilihat pada gambar berikut.



### C. Strategi Komunikasi

Metode yang digunakan dalam pelaksanaan 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 aksi perubahan, bagi stakeholder yang memiliki Pengaruh rendah peran tinggi (*Defenders*).
  - c. *Keep Satisfied* : Stakeholder sebisa mungkin tetap dibuat senang bagi keberlangsungan aksi perubahan, pendekatan stakeholder dengan strategi keep satisfied biasanya diperuntukkan stakeholder yang mempunyai pengaruh tinggi peran rendah (*Latens*)
  - d. *Monitor* : diperuntukkan bagi stakeholder dengan pengaruh rendah peran rendah (*Apathetic*)

## 2. Strategi Komunikasi

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

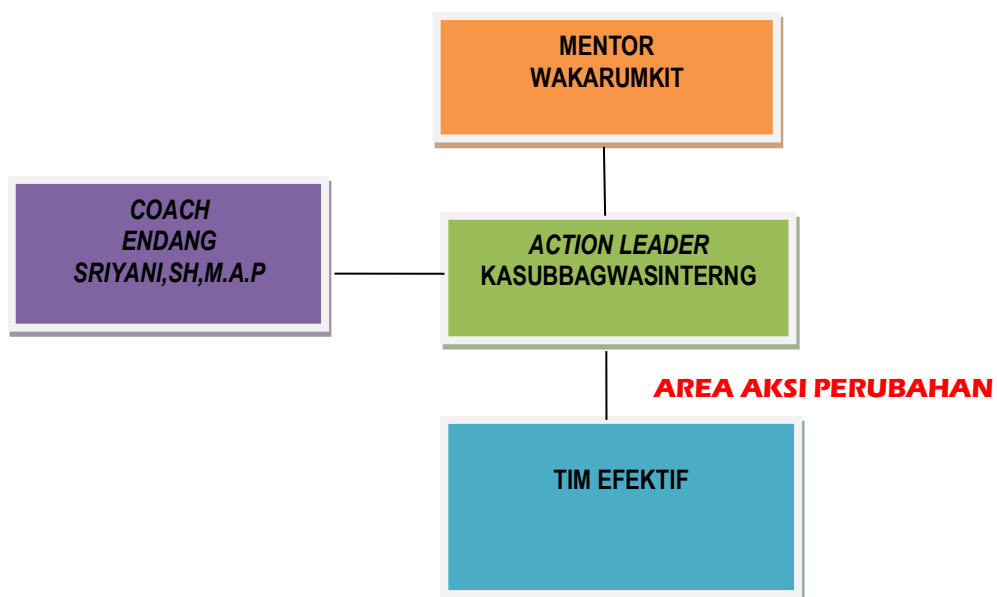
- a. Redundancy (Repetition). Teknik redundancy atau repetition adalah cara mempengaruhi khalayak dengan jalan mengulang-ulang pesan kepada Stakeholder.
- b. Canalizing. Teknik canalizing adalah memahami dan meneliti pengaruh kelompok terhadap individu atau Stakeholder.
- c. Informatif. Teknik informatif adalah suatu bentuk isi pesan, yang bertujuan mempengaruhi Stakeholder dengan jalan memberikan penerangan. Penerangan berarti menyampaikan sesuatu apa adanya, apa sesungguhnya, di atas fakta dan data yang benar serta pendapat yang benar pula.
- d. Persuasif. Teknik persuasif adalah mempengaruhi dengan jalan membujuk. Dalam hal ini Stakeholder digugah baik pikirannya, maupun dan terutama perasaannya.
- e. Edukatif. Teknik edukatif merupakan salah satu usaha mempengaruhi Stakeholder dari suatu pernyataan umum yang dilontarkan, dapat diwujudkan dalam bentuk pesan yang akan berisi pendapat-pendapat, fakta-fakta, dan pengalaman-pengalaman.
- f. Koersif. Teknik koersif adalah mempengaruhi Stakeholder dengan jalan memaksa. Teknik koersif ini biasanya dimanifestasikan dalam bentuk peraturan-peraturan, perintah-perintah.
- g. Instruktif. Teknik instruktif adalah komunikasi tersebut akan dilakukan dengan tujuan memberikan pengarahan dan petunjuk-petunjuk pada subjek tertentu, demi capaian suatu tujuan.

## BAB III PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN

### A. Pemanfaatan Sumber Daya

#### 1. Mobilisasi Sumber Daya Manusia

Adapun struktur organisasi aksi perubahan tergambar di bawah ini:



Gambar 3.1 Pengorganisasian Sumber Daya Manusia

Tugas dan fungsi setiap unit dalam tata kelola aksi ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Mentor : IPTU dr. LYKA MUSTIKA DELIMA (Wakarumkit)
  - 1) Memberikan dukungan strategis dan arahan atas seluruh program Rencana Aksi Perubahan;
  - 2) Bertindak sebagai pembimbing dan pengawas pemimpin perubahan secara profesional serta berperan sebagai inspirator;

- 3) Memberikan dukungan penuh kepada pemimpin perubahan dalam melaksanakan rencana aksi perubahan;
  - 4) Membantu pemimpin perubahan dalam memetakan agenda rencana aksi yang akan dilaksanakan;
  - 5) Menjelaskan kontrak penyelesaian tugas dan memfasilitasi pemimpin perubahan dalam menyelesaikan masalah yang timbul selama pelaksanaan rencana aksi perubahan.
- b. Coach : ENDANG SRIYANI,SH.M.A.P
- 1) Melakukan diskusi dan memberikan masukan serta bimbingan dalam menyusun dan melaksanakan Rencana Aksi Perubahan;
  - 2) Memastikan Action Leader telah menetapkan area perubahan yang akan menjadi rencana aksi perubahan;
  - 3) Melakukan monitoring terhadap Action Leader dalam mengkomunikasikan rencana aksi perubahannya kepada atasannya langsung;
  - 4) Memberikan arahan bila Action Leader mengalami masalah;
  - 5) Melakukan intervensi bila Action Leader mengalami permasalahan sebatas kewenangan coach.
- c. Action Leader : PENATA TK I RONNA S KALAKA,S.Kep (PS Kasubbag Wasintern).
- 1) Melaporkan temuan masalah dan rumusan inovasi kepada mentor.
  - 2) Merumuskan program kegiatan yang akan dilakukan dalam menangani masalah.
  - 3) Mempersiapkan (dokumen, instrumen, waktu) yang diperlukan dengan baik terkait Rencana Aksi perubahan sebelum bertemu mentor dan coach;
  - 4) Berprakarsa melakukan diskusi secara aktif dengan mentor dan coach serta mengikuti arahan dan masukan;

- 5) Menggalang kerja sama dan kesepakatan dengan stakeholders baik eksternal maupun internal;
- 6) Melaksanakan tahapan rencana aksi perubahan;
- 7) Membuat laporan pelaksanaan rencana aksi perubahan kepada penyelenggara.

d. 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 membuat perencanaan pembuatan alur dan pedoman pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien sesuai arahan dan petunjuk dari action leader;
- 3) Bertugas dalam membuat perencanaan administrasi, penyertaan partisipasi stake holder, penyusunan format evaluasi, pelaksanaan evaluasi kegiatan aksi perubahan;
- 4) Bertugas menyediakan data dukung yang diperlukan dalam aksi perubahan;
- 5) Membantu Action Leader dalam memonitoring dan evaluasi hasil rencana aksi perubahan;
- 6) Membuat laporan pelaksanaan pekerjaan sesuai jadwal rencana aksi perubahan

2. Pengelolaan Anggaran

Kebutuhan Anggaran untuk pelaksanaan Aksi perubahan ini bersumber dari sumber dana swadaya. Jumlah anggaran yang dibutuhkan untuk aksi perubahan ini sebanyak Rp. 3.200.000 dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.2. Kebutuhan Anggaran Aksi Perubahan

NO	URAIAN KEGIATAN	RINCIAN PERHITUNGAN			
		VOL	SATUAN	HARGA SATUAN (Rp)	JUMLAH (Rp)
1.	Rapat Tim Efektif	5	Kali	150.000,-	750.000,-
2.	Penyusunan SOP	20	Paket	50.000,-	1.000.000,-
3.	Penyusunan buku pedoman	1	Paket	150.000,-	150.000,-
4.	Sosialisasi SOP dan Buku Pedoman	4	Kali	250.000,-	1.000.000,-
5.	ATK	1	Paket	300.000,-	300.000,-
<b>TOTAL</b>					<b>3.200.000,-</b>
<b><i>Terbilang: Tiga Juta Dua Ratus Ribu Rupiah</i></b>					

### 3. Pengelolaan sarana prasarana

Sarana dan prasarana dimaksud yang mendukung *action leader* dalam pelaksanaan aksi perubahan adalah:

1. Ruang Aula/ Rapat
2. Laptop/Komputer
3. Printer
4. Alat tulis kantor
5. Jaringan Internet

### 4. Strategi mengatasi masalah

Permasalahan yang muncul pada saat pelaksanaan aksi perubahan ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.3. Manajemen resiko

No	Permasalahan	Resiko	Strategi mengatasi masalah
1	2	3	4
1	Koordinasi yang kurang maksimal di karenakan kesibukan tugas dan fungsi masing masing	Pelaksanaan rencana aksi perubahan akan kurang maksimal di karenakan kurangnya koordinasi	Selalu melakukan koordinasi dengan tim efektif dan <i>stakeholder</i> dalam setiap kegiatan pelaksanaan rencana aksi perubahan
2	Personil belum memahami pelaksanaan pemeriksaan status pasien	Terlambatnya pemeriksaan status pasien sehingga akan menumpuk arsip status pasien	Membuat buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien

## B. Stakeholder

Seluruh stakeholder yang terlibat memiliki peran masing-masing dalam implementasi aksi perubahan optimalisasi pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo

### 1. Dukungan Stakeholder

Adapun *Stakeholders* yang terlibat dalam aksi perubahan ini dipisahkan menjadi :

#### a. *Stakeholders* internal

Kerjasama tim dalam pelaksanaan kegiatan aksi perubahan cukup optimal meskipun masing-masing anggota tim sibuk dengan tugas pokok masing-masing, namun tetap

membantu dan mendukung untuk melaksanakan aksi perubahan.

b. *Stakeholders* eksternal

Dalam pelaksanaan aksi perubahan optimalisasi pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo, *action leader* meminta dukungan kepada *stakeholders* eksternal, sehingga posisi *stakeholder* setelah implementasi aksi perubahan mengalami pergeseran sebagai berikut:

Tabel 3.4. Matrik *Stakeholder*

NO	DESKRIPSI	POSISI	PENGARUH	NILAI
<b>2. STAKEHOLDER INTERNAL</b>				
a	Karumkit	mendukung (Promoters) ++	Sangat Tinggi	10
b	Wakarumkit	mendukung (Promoters) ++	Sangat Tinggi	9
c	Kaur Wasbin	cukup mendukung (promoter) ++	Tinggi	8
d	Kaur Opsyan	Cukup Mendukung (promoter) ++	Tinggi	8
e	Banum	Mendukung (promoter) +	Tinggi	8
<b>2. STAKEHOLDER EKSTERNAL</b>				
a	Kasubbid yanmed dokpol	Mendukung (Defender) +	Tinggi	7
b	Kasubid Jangmedum	Mendukung (Defender) +	Tinggi	7

NO	DESKRIPSI	POSISI	PENGARUH	NILAI
c	Kasubbagrenmin	Mendukung (Defender) +	Tinggi	7
d	Paramedis / Pasien	Mendukung (Defender) +	sedang	6

Tabel 3.5. Identifikasi *Stakeholder* setelah aksi perubahan

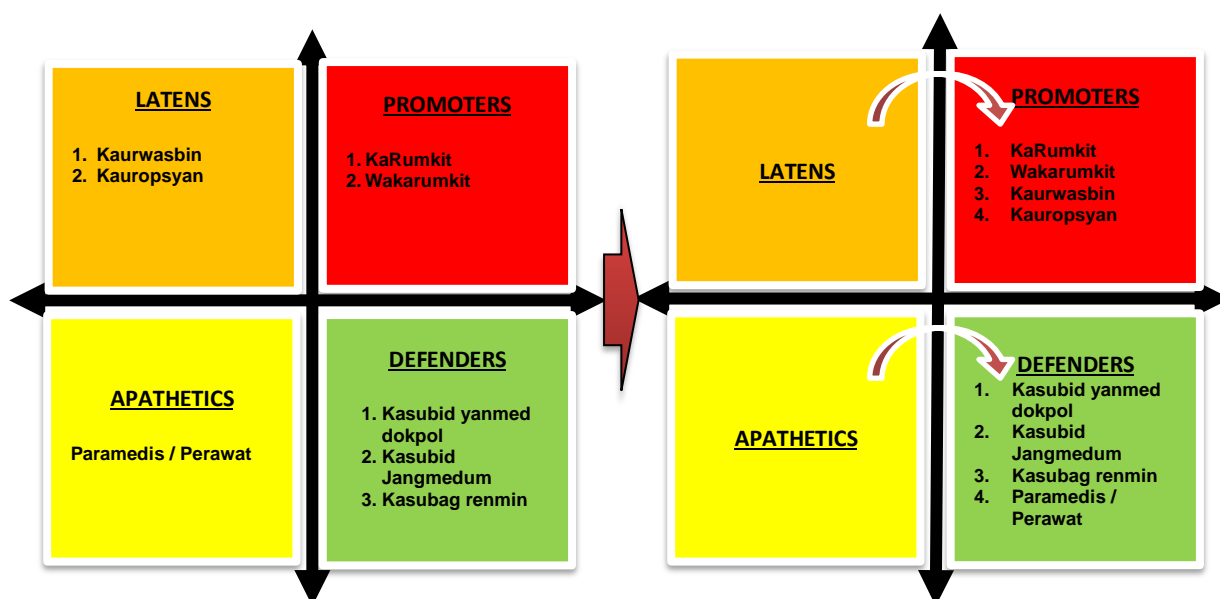
IDENTIFIKASI STAKEHOLDER											
No	Stakeholder	Tim Efektif	Jenis Stakeholder			Kelompok Stakeholder				Strategi menjalin hubungan	Strategi Komunikasi
			Primer	Sekunder	Utama	Promoter	Latens	Defender	Apathetics		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
<b>Internal</b>											
1	Karumkit				√	(+) 10				Manage closely	Informatif
2	Wakarumkit				√	(+) 9				Manage closely	Informatif
3	Kaur Wasbin	√			√	(+) 8				Manage closely	Informatif
4	Kaur Opsyan				√	(+) 8				Keep informed	Persuasif
5	Banum	√	√					(+) 8		Keep informed	Persuasif
<b>Eksternal</b>											
7	Kasubbid yanmed dokpol				√			(+) 7		Keep satisfied	Persuasif
8	Kasubid Jangmedum				√			(+) 7		Keep satisfied	Persuasif
9	Kasubbagren min				√			(+) 7		Monitor	Persuasif
10	Pasien dan Keluarga				√			(+/-) 5		Monitor	Persuasif

## 2. Kuadran Stakeholder setelah aksi perubahan

Kuadran *stakeholder* adalah kuadran yang menggambarkan ketertarikan dan pengaruh baik *stakeholder* internal maupun eksternal, setelah aksi perubahan ini ada beberapa perubahan dalam kuadran *stakeholder*, yaitu:

- a. Kaur wasbin dan Kauropsyan sebelum adanya aksi perubahan berada pada kuadran Latens yaitu mempunyai pengaruh tinggi tetapi memiliki ketertarikan/peran yang rendah, namun setelah aksi perubahan berubah menjadi Promoters yaitu memiliki pengaruh tinggi dan ketertarikan/peran yang tinggi.
- b. Pasien dan keluarga sebelum aksi perubahan berada pada kuadran Apathetic yaitu memiliki pengaruh yang rendah dan ketertarikan/peran yang rendah, namun setelah adanya aksi perubahan berubah menjadi Defenders yaitu memiliki pengaruh yang rendah tetapi memiliki ketertarikan yang tinggi terhadap aksi perubahan.

Adapun kuadran stakeholder sebelum dan setelah implementasi aksi perubahan, dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 3.2. Kuadran Stakeholder Sebelum dan Setelah Aksi Perubahan

Dari gambar di atas menunjukkan bahwa para stakeholder (Latens) berubah/berpindah menjadi Promoter dan stakeholder (Aphatetic) berubah/berpindah menjadi Defenders, yang ditandai dengan adanya pemberian dukungan aksi perubahan guna mewujudkan sistem pengelolaan rencana kegiatan pengawasan baik melalui surat dukungan yang ditandatangani oleh masing-masing stakeholder maupun secara lisan saat dilakukan kegiatan koordinasi dan sosialisasi.

### C. Capaian Aksi Perubahan

#### 1. Kesesuaian antara *milestone* dan implementasi

Kesesuaian antara *Milestone* dan implementasi aksi perubahan yaitu pada setiap minggu ada kesesuaian antara milestone dengan aksi perubahan dimana setiap kegiatan dapat terlaksana dengan baik dan lancar.

Tabel 3.6. Kesesuaian Milestone Rencana dan Implementasi

NO	TAHAPAN KEGIATAN	RENCANA	IMPLEMEN TASI	KET
1	2	3	4	5
<b>A</b>	<b>TAHAP OFF CAMPUS</b>			
<b>1</b>	<b>PLANING (PERENCANAAN)</b>			
	a. Menghadap sponsor tentang hasil seminar Rencana Aksi Perubahan (RAP)	Minggu I Senin, 6 Mei 2024	6 Mei 2024	Sesuai jadwal
	b. Menghadap Mentor Untuk Melaporkan Rencana Tindak Lanjut Seminar Rencana Aksi Perubahan	Minggu I (7 Mei 2024)	7 Mei 2024	Sesuai jadwal
	c. Koordinasi dengan stakeholder internal untuk pelaksanaan aksi perubahan	Minggu I (8 Mei 2024)	8 Mei 2024	Sesuai jadwal
	d. Koordinasi dengan stakeholder eksternal untuk pelaksanaan aksi perubahan	Minggu I (10 Mei 2024)	10 Mei 2024	Sesuai jadwal
<b>2</b>	<b>ORGANIZING (PENGORGANISASIAN)</b>			
	a. Rapat Pembentukan tim efektif	Minggu II	13 Mei 2024	Sesuai jadwal

NO	TAHAPAN KEGIATAN	RENCANA	IMPLEMEN TASI	KET
1	2	3	4	5
		(13 Mei 2024)		
	b. Pembuatan surat perintah bagi im efektif	Minggu II (14 Mei 2024)	14 Mei 2024	Sesuai jadwal
	c. Pendistribusian surat perintah bagi tim efektif	Minggu II (15 Mei 2024)	15 Mei 2024	Sesuai jadwal
	d. Rapat pembagian tugas tim efektif	Minggu II (16-17 Mei 2024)	16-17 Mei 2024	Sesuai jadwal
<b>3</b>	<b>ACTUATING (PELAKSANAAN)</b>			
	a. Penyusunan buku pedoman pengawasan terhadap status pasien	Minggu III (20-24 Mei 2024)	20-24 Mei 2024	Sesuai jadwal (jumlah hari tidak sesuai dikarenakan ada libur bersama)
	b. Penyusunan SOP Pengawasan terhadap status pasien	Minggu IV (27-29 Mei 2024)	27-29 Mei 2024	Sesuai jadwal
	c. Mengajukan buku pedoman dan SOP Pengawasan terhadap status pasien kepada pimpinan untuk mendapat persetujuan	Minggu IV (30 Mei 2024)	30 Mei 2024	Sesuai jadwal
	d. Pengesahan buku Pedoman dan SOP Pengawasan terhadap status pasien oleh pimpinan	Minggu IV (31 Mei 2024)	31 Mei 2024	Sesuai jadwal
	e. Persiapan administrasi untuk pelaksanaan Sosialisasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien	Minggu V (3 Juni 2024)	3 Juni 2024	Sesuai jadwal
	f. Sosialisasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien	Minggu V (4 Juni 2024)	4 Juni 2024	Sesuai jadwal
	g. Implementasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien	Minggu V-VII (5-21 Juni 2024)	5-21 Juni 2024	Sesuai jadwal
<b>4</b>	<b>MONITORING DAN EVALUASI</b>			
	a. Membuat angket tentang pelaksanaan aksi perubahan	Minggu VIII (24 Juni 2024)	24 Juni 2024	Sesuai jadwal
	b. Membagikan google form kepada stakeholder untuk diisi	Minggu VIII (25-26 Juni 2024)	25-26 Juni 2024	Sesuai jadwal
	c. Evaluasi hasil pengisian google form tentang hasil implementasi Buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status	Minggu VIII (27-28 Juni 2024)	27-28 Juni 2024	Sesuai jadwal

NO	TAHAPAN KEGIATAN	RENCANA	IMPLEMEN TASI	KET
1	2	3	4	5
	pasien.			
	d. Membuat laporan hasil aksi perubahan	Minggu VIII (29 Juni-2 Juli 2024)	29 Juni-2 Juli 2024	Sesuai jadwal

2. Pencapaian Hasil Aksi Perubahan Terhadap Rencana Perubahan  
Pencapaian Aksi Perubahan selama *Off Campus* yang terdiri dari tahap *Planning, organizing, actuating dan Controlling* dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 3.7 Pencapaian hasil Aksi Perubahan

NO	KEGIATAN	TARGET	CAPAIAN
1	2	3	4
<b>I</b>	<b>PERENCANAAN (PLANNING)</b>		
1	Koordinasi dengan Mentor.	1 Giat	100%
2	Koordinasi dengan Sponsor	1 Giat	100%
3	Permohonan dukungan Stakeholder Internal dan Eksternal	1 Giat	100%
<b>II</b>	<b>PENGORGANISASIAN (ORGANIZING)</b>		
1	Pembentukan tim efektif	1 Dokumen	100%
2	Rapat koordinasi Tim Efektif	1 Giat	100%
<b>III</b>	<b>PELAKSANAAN (ACTUATING)</b>		
1	Tersusunnya buku pedoman pengawasan terhadap status pasien	1 Giat	100%
2	Tersusunnya SOP pengawasan terhadap status pasien	1 Dokumen	100%
3	Tersosialisasikannya Aksi Perubahan	1 Giat	100%
4	Implementasi Aksi Perubahan	1 Giat	100%
5	Mengikuti webinar tentang : Melindungi Data di Era Digital	1 Giat	100%
<b>IV</b>	<b>MONITORING DAN EVALUASI</b>		
1	Melakukan Evaluasi Aksi Perubahan	1 Giat	100%
2	Penyerahan buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap status pasien kepada pimpinan	1 Giat	100%

Capaian aksi perubahan atau hasil pelaksanaan kegiatan aksi perubahan dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Koordinasi dengan Iptu dr. LYKA MUSTIKA DELIMA selaku mentor

Laporan dan koordinasi dengan Waka Rumkit Bhayangkara TK IV Gorontalo selaku mentor dalam rangka pelaksanaan aksi perubahan berjalan dengan lancar. Pada kegiatan ini, *action leader* menyampaikan maksud dan tujuan aksi perubahan yang akan dilaksanakan.



Gambar 3.3. Koordinasi dengan Mentor

- b. Koordinasi dengan AKP dr. AGUNG DARMAWAN, Sp.M selaku sponsor

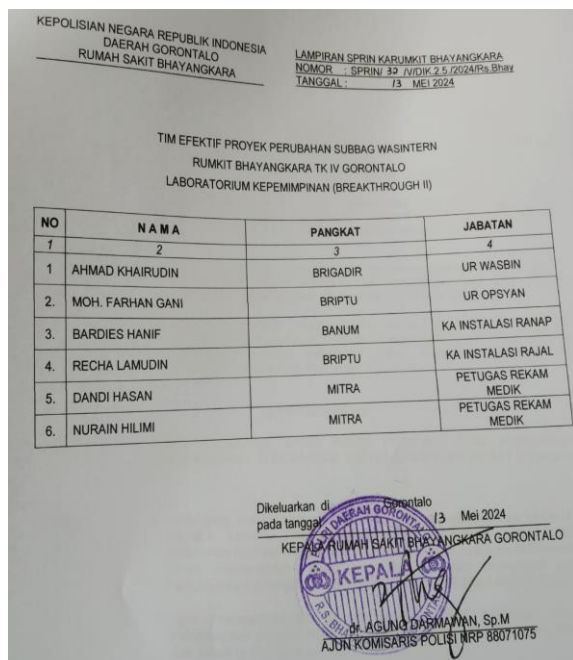
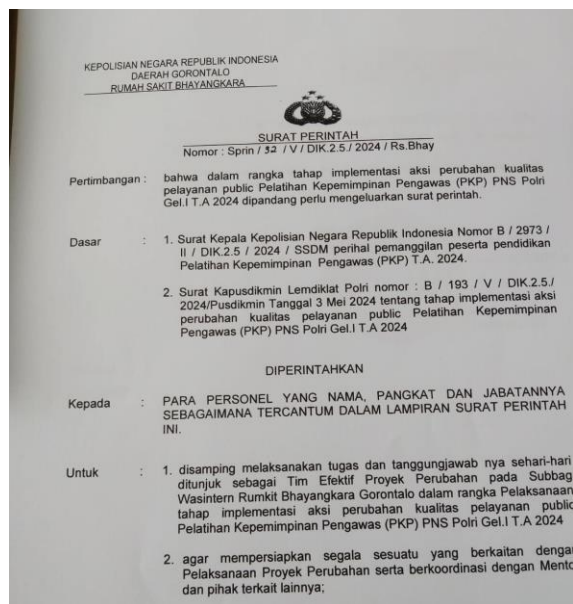
Koordinasi dengan Karumkit Bhayangkara TK IV dalam rangka inovasi aksi perubahan tentang optimalisasi pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo berjalan baik dan lancar dan Bapak karumkit menyambut baik inovasi yang akan dibuat.



Gambar 3.4. Koordinasi dengan Sponsor

c. Terbentuknya Tim Efektif

Tim efektif dalam pelaksanaan aksi perubahan dapat terbentuk berdasarkan sprin Tim Efektif Nomor : Sprin / 32 / V / DIK.2.5./ 2024 / Rs.Bhay tanggal 13 Mei 2024. Tim ini bekerja dengan maksimal sehingga pelaksanaan aksi perubahan dapat berjalan dengan baik.

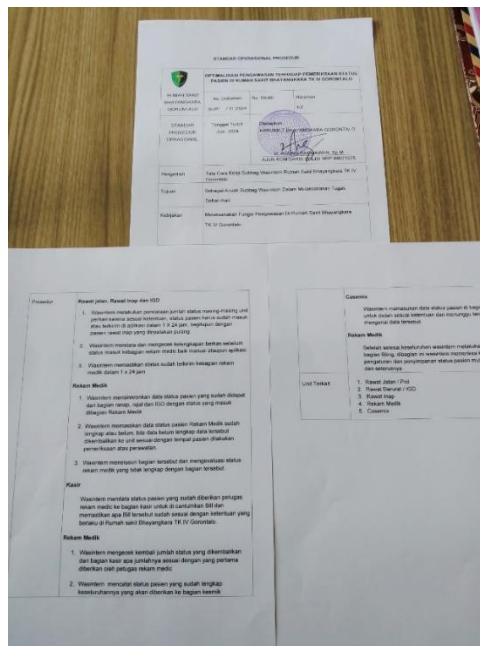
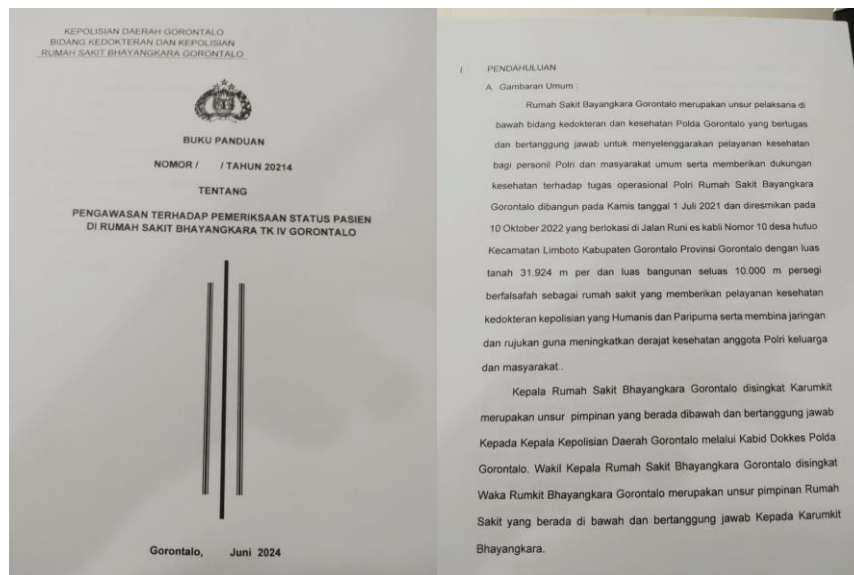


Gambar 3.5. Sprin Tim Efektif



- e. Terbentuknya buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo

Capaian kegiatan pembuatan buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo mencapai 100%..



Gambar 3.7. buku pedoman dan SOP

- f. Tersosialisasikannya buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo kepada *stakeholder* internal, maupun *Stakeholder* eksternal.

Kegiatan sosialisasi buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo dilaksanakan setelah tersusunnya buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo. Sosialisasi ini diberikan kepada para stakeholder.



Gambar 3.8. Sosialisasi Aksi Perubahan

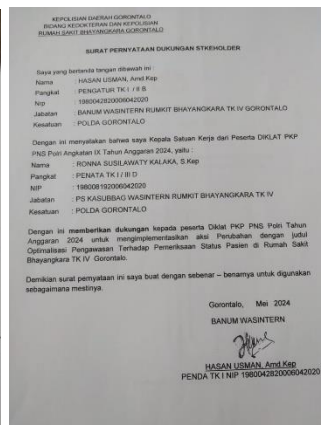
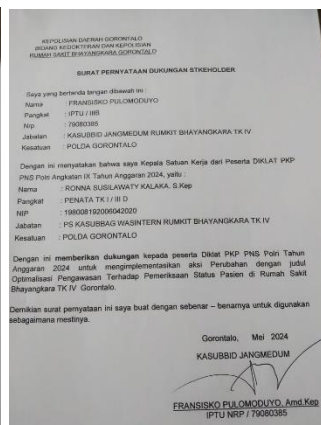
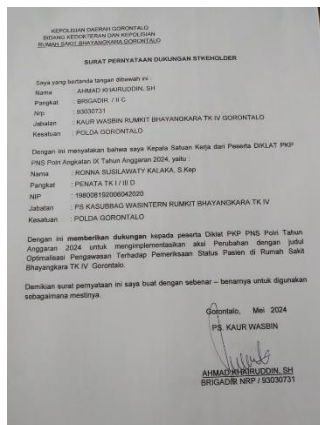




Gambar 3.9. Implementasi

j. Dukungan Stakeholder Internal dan Eksternal

Dalam melakukan aksi perubahan, action leader mendapatkan dukungan dari stakeholder internal maupun eksternal terhadap inovasi aksi perubahan yang dilakukan.





Gambar 3.10. Implementasi

k. Melakukan Evaluasi Aksi Perubahan

Untuk mengetahui capaian hasil aksi perubahan yang dilakukan oleh *action leader* menggunakan metode penelitian kuantitatif yaitu pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrument penelitian berupa angket/kuesioner. Action leader membuat angket/kuesioner melalui *googleform* dengan menyebarkan angket/kuesioner menggunakan

Whatsapp (WA) di mana responden dapat membuka melalui link: <https://forms.gle/sApAiqPyGySSpIx89> Angket AksiPerubahan yang berisi 7 pertanyaan dengan responden sebanyak 65 Orang yang terdiri dari Perawat (58,5%), Adminstrasi/Kasir (30,8 %),Rekam Medis (6,2%) dan Casemix (4,6%).

Dalam melakukan perhitungan/pengukuran menggunakan metode skala likert, yaitu: 1. Sangat Tidak Setuju (STS); 2. Tidak Setuju (TS); 3. Kurang Setuju (KS); 4. Setuju (S); dan 5. Sangat Setuju (SS).

- 1) Menurut rekan-rekan apakah perlu adanya pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah Sakit Bhayangkara TK IV Gorontalo

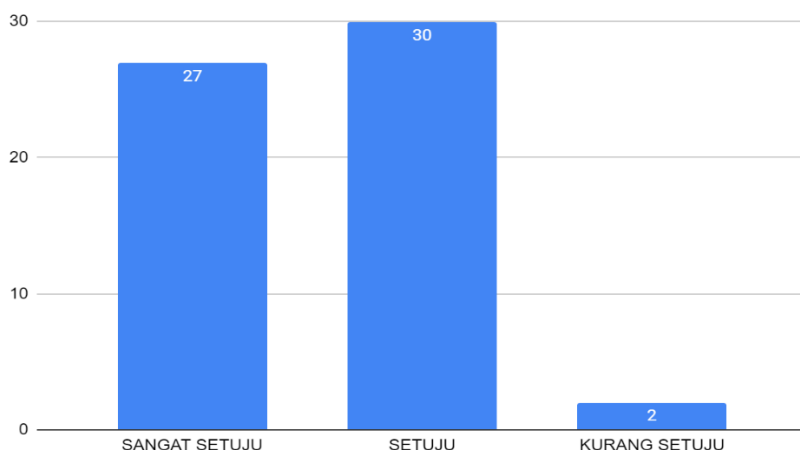


Diagram 3.2. Jawaban responden atas pernyataan

Dari jawaban 59 yang diterima adalah sebagai berikut:

- (a) Sangat Tidak Setuju diberikan oleh 0 responden x 1 poin = 0 poin
- (b) Tidak setuju diberikan oleh 0 responden x 2 poin = 0 poin
- (c) Kurang Setuju diberikan oleh 2 responden x 3 poin = 6 poin
- (d) Setuju diberikan oleh 34 responden x 4 poin = 120 poin
- (e) Sangat Setuju diberikan oleh 29 responden x 5 poin = 135 poin

Total skor 261

Untuk mengetahui skor maksimum, maka rumusnya adalah jumlah responden x skor tertinggi. Sementara untuk mengetahui skor minimum menggunakan rumus jumlah

responden x skor terendah. Dari perhitungan ini nantinya akan diperoleh interval penilaian.

Skor maksimum = ..... x 5 =

Skor minimum = ..... x 1 =

Indeks persentase =  $261 : 59 \times 100 = 4,42\%$

Sehingga kesimpulan dari responden setuju bahwa pengawasan terhadap status pasien di rumah sakit bhayangkara meningkat

- 2) Pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien dilaksanakan setiap hari

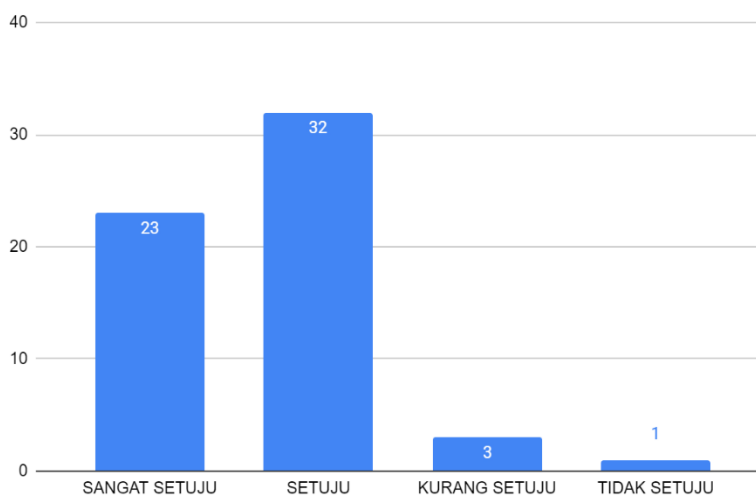


Diagram 3.3. Jawaban responden atas pernyataan  
Dari jawaban 59 responden yang diterima adalah sebagai berikut:

- (a) Sangat Tidak Setuju diberikan oleh 1 responden x 1 poin = 1 poin
- (b) Tidak setuju diberikan oleh 3 responden x 2 poin = 6 poin
- (c) Kurang Setuju diberikan oleh 3 responden x 3 poin = 9 poin

(d) Setuju diberikan oleh 32 responden x 4 poin = 128 poin

(e) Sangat Setuju diberikan oleh 23 responden x 5 poin = 115 poin

Total skor 255

Indeks persentase =  $255 : 59 \times 100 = 4,32\%$

Sehingga kesimpulan dari responden setuju bahwa buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di rumah sakit TK IV Bhayangkara meningkatkan produktivitas kerja

- 3) Dengan adanya SOP dan Buku Panduan, Pengawasan Terhadap Pemeriksaan Status Pasien lebih terarah dan teratur

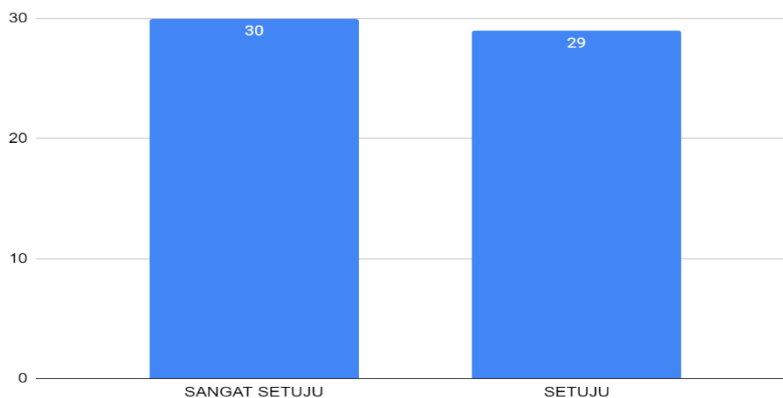


Diagram 3.4. Jawaban responden atas pernyataan

Dari jawaban 59 responden yang diterima adalah sebagai berikut:

(a) Sangat Tidak Setuju diberikan oleh 0 responden x 1 poin = 0 poin

(b) Tidak setuju diberikan oleh 0 responden x 2 poin = 0 poin

- (c) Kurang Setuju diberikan oleh 0 responden x 3 poin = 0 poin
- (d) Setuju diberikan oleh 29 responden x 4 poin = 116 poin
- (e) Sangat Setuju diberikan oleh 30 responden x 5 poin = 150 poin

Total skor 266

Indeks persentase =  $266 : 59 \times 100 = 4,50\%$

Sehingga kesimpulan dari responden setuju bahwa buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien penting dalam pelaksanaan pekerjaan

- 4) SOP dan Buku Panduan dibuat agar pelaksana/petugas dapat mengetahui alur dan standar yang telah ditetapkan

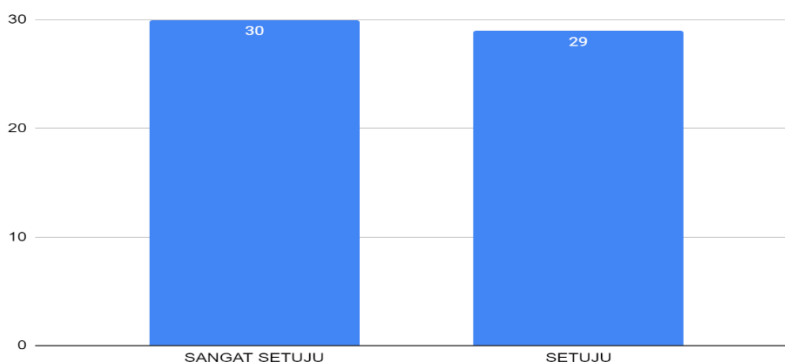


Diagram 3.5. Jawaban responden atas pernyataan

Dari jawaban 59 responden yang diterima adalah sebagai berikut:

- (a) Sangat Tidak Setuju diberikan oleh 0 responden x 1 poin = 0 poin
- (b) Tidak setuju diberikan oleh 0 responden x 2 poin = 0 poin
- (c) Kurang Setuju diberikan oleh 0 responden x 3 poin = 0 poin

- (d) Setuju diberikan oleh 29 responden x 4 poin = 116 poin
- (e) Sangat Setuju diberikan oleh 30 responden x 5 poin = 150 poin

Total skor 260

Indeks persentase =  $266 : 59 \times 100 = 4,50\%$

Sehingga kesimpulan dari responden setuju bahwa buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien bermanfaat

- 5) SOP dan Buku Panduan dibuat agar setiap petugas/pelaksana mengetahui dengan jelas peran dan fungsi masing-masing.

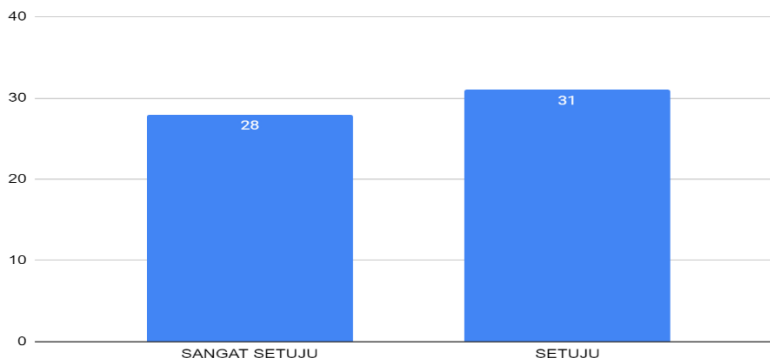


Diagram 3.6. Jawaban responden atas pernyataan  
 Dari jawaban 59 responden yang diterima adalah sebagai berikut:

- (a) Sangat Tidak Setuju diberikan oleh 0 responden x 1 poin = 0 poin
- (b) Tidak setuju diberikan oleh 0 responden x 2 poin = 0 poin
- (c) Kurang Setuju diberikan oleh 0 responden x 3 poin = 0 poin
- (d) Setuju diberikan oleh 31 responden x 4 poin = 124 poin

- (e) Sangat Setuju diberikan oleh 29 responden x 5 poin  
= 140 poin

Total skor 264

Indeks persentase =  $264 : 59 \times 100 = 4,47\%$

Sehingga kesimpulan dari responden setuju bahwa SOP dan Buku Panduan dapat membantu petugas/pelaksana mengetahui peran dan fungsi masing-masing

- 6) SOP dan Buku Panduan dibuat dengan tujuan agar semua pekerjaan lebih efisien

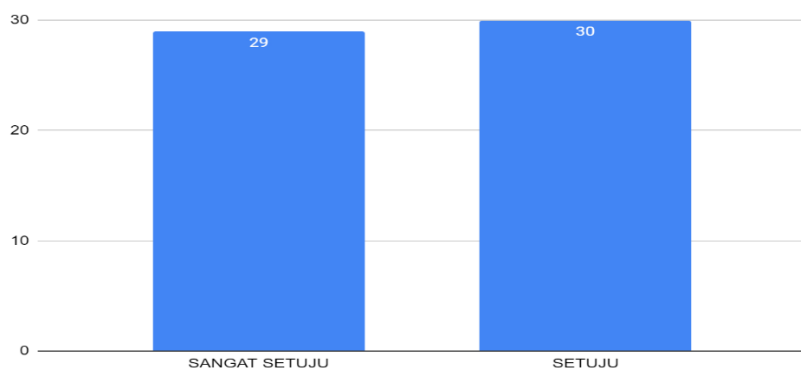


Diagram 3.7. Jawaban responden atas pernyataan

Dari jawaban 59 responden yang diterima adalah sebagai berikut:

- (a) Sangat Tidak Setuju diberikan oleh 0 responden x 1 poin = 0 poin
- (b) Tidak setuju diberikan oleh 0 responden x 2 poin = 0 poin
- (c) Kurang Setuju diberikan oleh 0 responden x 3 poin = 0 poin
- (d) Setuju diberikan oleh 30 responden x 4 poin = 120 poin
- (e) Sangat Setuju diberikan oleh 29 responden x 5 poin = 145 poin

Total skor 265

Indeks persentase =  $265 : 59 \times 100 = 4,49\%$

Sehingga kesimpulan dari responden setuju bahwa SOP dan Buku Panduan dapat menunjang pekerjaan petugas lebih efisien.

- 7) SOP dan Buku Panduan dibuat agar pelaksana dapat meminimalisir atau menghindari kesalahan, keraguan dan duplikasi dalam bekerja

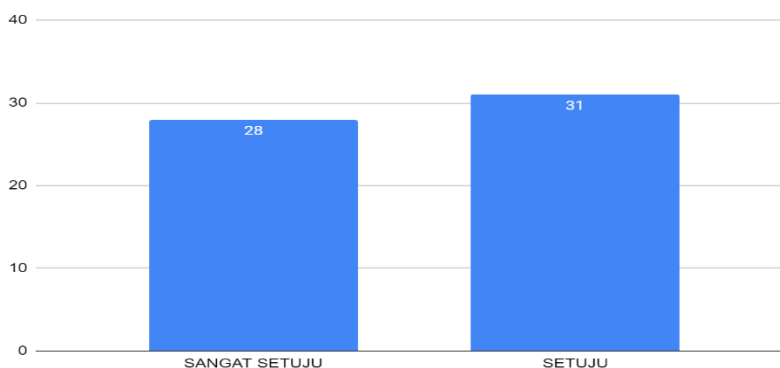


Diagram 3.8. Jawaban responden atas pernyataan

Dari jawaban 59 responden yang diterima adalah sebagai berikut:

- (a) Sangat Tidak Setuju diberikan oleh 0 responden x 1 poin = 0 poin
- (b) Tidak setuju diberikan oleh 0 responden x 2 poin = 0 poin
- (c) Kurang Setuju diberikan oleh 0 responden x 3 poin = 0 poin
- (d) Setuju diberikan oleh 31 responden x 4 poin = 124 poin
- (e) Sangat Setuju diberikan oleh 28 responden x 5 poin = 140 poin

Total skor 264

Indeks persentase =  $264 : 59 \times 100 = 4,47\%$

Sehingga kesimpulan dari responden setuju bahwa SOP dan buku panduan dapat meminimalisir atau menghindari kesalahan, keraguan dan duplikasi dalam bekerja.

- k. Penyerahan buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo kepada pimpinan

Penyerahan output aksi perubahan berupa buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo di ruang Karumkit Bhayangkara Gorontalo



Gambar 3.19. Penyerahan

3. Pelaksanaan Strategi pengembangan kompetensi dalam aksi perubahan

Sebagai upaya peningkatan kompetensi dalam aksi perubahan, *action leader* melaksanakan beberapa kegiatan yang terukur pada saat melaksanakan aksi perubahannya dengan bimbingan dan pendampingan yang terjadwal sebagai bekal pendalaman sikap perilaku.

Adapun upaya yang dilaksanakan dalam meningkatkan kompetensi pengembangan diri adalah sebagai berikut:

Tabel 3.8. Strategi Pengembangan Kompetensi

NO	KEGIATAN	WAKTU	OUTPUT
1	Mengikuti Webinar Melindungi Data di Era Digital	29 Mei 2024	Meningkakan Komptensi



Gambar 3.20. Sertifikat Webinar

4. Keterkaitan materi pelatihan dengan aksi perubahan  
Materi pilihan yang diambil adalah sebagai berikut:

a. ASN yang berwawasan kebangsaan

Materi pelatihan ini memberi penguatan kembali kepada *action leader* bahwa ASN memiliki fungsi sebagai pelaksana kebijakan publik, pelayan publik dan perekat dan pemersatu bangsa. ASN merupakan instrumen penting dalam mencapai tujuan nasional negara Indonesia.

Dalam rangka mencapai tujuan nasional negara Indonesia yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945, diperlukan ASN yang berwawasan kebangsaan, profesional, bebas dari intervensi politik, bersih dari praktik korupsi, kolusi, dan nepotisme sehingga mampu menyelenggarakan pelayanan publik bagi masyarakat, serta mampu menjalankan peran sebagai perekat persatuan dan kesatuan bangsa.

Penguatan pemahaman tentang wawasan kebangsaan ini adalah hal yang harus rutin diberikan kepada ASN mengingat pengaruh lingkungan, globalisasi dan media sosial yang saat ini semakin kuat.

Dalam pelaksanaan aksi perubahan ini, *action leader* memandang perlunya penguatan kembali pemahaman tentang wawasan kebangsaan di hati dan pikiran *action leader* maupun tim efektif untuk meningkatkan kesadaran dan kecintaan terhadap bangsa dan negara serta memperkuat rasa nasionalisme dan kepatuhan ASN dan juga anggota Polri terhadap negara dan pemerintah yang sah, sehingga mampu bekerja memberikan pelayanan dengan optimal.

b. Untuk meningkatkan pengetahuan dalam memanfaatkan teknologi, maka pada tanggal 29 Mei 2024 *action leader* mengikuti Webinar tentang “ Melindungi Data Di Era Digital “

## **BAB IV PENUTUP**

### **A. Simpulan**

Dari hasil pelaksanaan aksi perubahan pada tahapan *off campus* peserta Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) di rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo didapatkan beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Tujuan pada tahap *off campus* aksi perubahan telah tercapai sesuai rencana, dengan rincian sebagai berikut:
  - a. Tersusunnya buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo.
  - b. Terlaksananya sosialisasi buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo
  - c. Terimplementasikannya buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo.
2. Keberhasilan pencapaian tujuan aksi perubahan tersebut tidak terlepas dari dukungan mentor dan hasil kerja keras serta komitmen tim efektif untuk menyelesaikan aksi perubahan sesuai dengan *time schedule* yang telah direncanakan. Demikian pula dukungan dari stakeholder internal dan eksternal sangat berperan dalam keberhasilan aksi perubahan ini.
3. Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi melalui metode pengisian kuesioner terkait buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo, diperoleh kesimpulan bahwa:  
Persepsi kegunaan

- a. buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo meningkatkan efektivitas kerja
- b. buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo meningkatkan produktivitas kerja
- c. buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo penting dalam pelaksanaan pekerjaan
- d. buku pedoman dan SOP pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo bermanfaat

## **B. Rekomendasi**

Adapun rekomendasi dari aksi perubahan tentang optimalisasi pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo adalah

1. Pelaksanaan pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo harus terus dimonitoring agar sistem dilaksanakan secara berkesinambungan sebagai bentuk pelayanan kepada user.
2. Perlu melakukan kajian kembali terhadap pengawasan terhadap pemeriksaan status pasien di Rumah sakit TK IV Bhayangkara Gorontalo.

## DAFTAR PUSTAKA

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

Peraturan Polri Nomor 14 Tahun 2018 Tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kepolisian Daerah Peraturan Polri Nomor 14 Tahun 2018 Tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kepolisian Daerah (STOK Polda);

Hasil temuan Audit Kinerja Itwasda Polda Jabar Bidang Manajemen Opsnal tanggal 31 Oktober 2022.

<https://www.kajianpustaka.com/2020/01/strategi-komunikasi-pengertian-teknik-langkah-dan-hambatan.html>

<https://haloedukasi.com/technology-acceptance-model>

<https://money.kompas.com/read/2022/03/20/212756726/stakeholder-adalah-definisi-jenis-peran-fungsi-dan-contohnya?page=2>

<https://www.mitrakesmas.com/2018/12/metode-usg-untuk-prioritas-masalah.html>

