

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

---

**LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN**

**PENINGKATAN MUTU PELAYANAN  
MELALUI OPTIMALISASI *CLINICAL PATHWAY*  
DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI**



Oleh:

**dr. Wa Ode Sarsina  
Nosis. 20240307030678**

---

**PELATIHAN KEPEMIMPINAN PENGAWAS (PKP)  
ANGKATAN X TAHUN 2024**

LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN HASIL AKSI PERUBAHAN

**“PENINGKATAN MUTU PELAYANAN  
MELALUI OPTIMALISASI *CLINICAL PATHWAY*  
DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI”**

Peserta Pelatihan :

**dr. Wa Ode Sarsina**

**Nosis. 20240307030678**

Telah disetujui pada tanggal Juli 2024

Di Pusdikmin Lemdiklat Polri Bandung

Coach,



NOLIK DWI ATMONO, S.E, M.E  
PEMBINA NIP. 19781128 200801 1 001

Mentor,



ABIDIN, S.ST., M.Kes  
PENATA TK.I NIP 197906212005011007

PENJELASAN COACH  
TENTANG KEMAMPUAN PESERTA

Nama Peserta : dr. WA ODE SARSINA

Nosis : 20240307030678

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

1. Memiliki rumusan masalah yang dilengkapi dengan data dan teknik analisis isu yang baik
2. Memiliki inovasi berupa **PENINGKATAN MUTU PELAYANAN MELALUI OPTIMALISASI *CLINICAL PATHWAY* DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI**
3. Memiliki tahapan rencana dan pengendalian mutu yang baik
4. Memiliki kejelasan peta/identifikasi sumberdaya organisasi yang baik
5. Memiliki rencana strategi pengembangan kompetensi dalam pelaksanaan aksi perubahan

Bandung, Juli 2024

COACH,



NOLIK DWI ATMONO, S.E, M.E  
PEMBINA NIP. 19781128 200801 1 001

PENJELASAN MENTOR  
TENTANG KEMAMPUAN PESERTA

Nama Peserta : dr. WA ODE SARSINA

Nosis : 20240307030678

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

1. Memiliki rumusan masalah yang dilengkapi dengan data dan teknik analisis isu yang baik
2. Memiliki inovasi berupa **“PENINGKATAN MUTU PELAYANAN MELALUI OPTIMALISASI *CLINICAL PATHWAY* DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI”**
3. Memiliki tahapan rencana dan pengendalian mutu yang baik
4. Memiliki kejelasan peta/identifikasi sumberdaya organisasi yang baik
5. Memiliki rencana strategi pengembangan kompetensi dalam pelaksanaan aksi perubahan

Bandung, Juli 2024  
MENTOR,



ABIDIN, S.ST., M.Kes  
PENATA TK.I NIP 197906212005011007

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah memberikan rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan Rancangan Aksi Perubahan ini dengan judul "**PENINGKATAN MUTU PELAYANAN MELALUI OPTIMALISASI *CLINICAL PATHWAY* DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI**" Penulisan Rencana Aksi Perubahan ini bertujuan untuk memenuhi persyaratan Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) yang diselenggarakan Pusdikmin Lemdiklat Polri di Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Komisariss Besar Polisi RULI AGUS PRAMONO, S.I.K. selaku Kapusdikmin Lemdiklat Polri;
2. Ajun Komisariss Besar Polisi GRACE K. RAHAKBAU, S.I.K., M.Si., selaku Waka Pusdikmin Lemdiklat Polri;
3. Ajun Komisariss Besar Polisi FITRI SYOFIANI, SH.,MH., M.AP selaku Kabag Binsiss;
4. Ajun Komisariss Besar Polisi RAHMAT KURNIAWAN, S.S., S.H., M.H.,M.A.P.selaku Kabag Gadik;
5. Ajun Komisariss Besar Polisi HENY PURWANTI, S.I.K., M.Si.selaku Kabag Diklat;
6. Ajun Komisariss Besar Polisi Dr. dr. ROMMY SEBASTIAN, M.Kes., MH selaku Plt. Karumkit Bhayangkara TK.III Kendari yang telah memberi kesempatan dan izin untuk mengikuti Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) Polri T.A. 2024;
7. Bapak Pembina Nolik Dwi Atmono, S.E, M.E selaku Coach yang telah mendukung sepenuhnya dan memberikan motivasi dalam pelaksanaan aksi perubahan ini;
8. Penata TK.I ABIDIN, S.ST., M.Kes selaku mentor yang telah memberikan dukungan, nasehat, arahan dan masukan dalam pembuatan rencana aksi perubahan ini;

9. Seluruh Widyaiswara yang telah memberikan materi pelajaran dan bimbingan dalam pembuatan Rencana Aksi Perubahan (RAP);
10. Seluruh staf Rumkit Bhayangkara TK.III Kendari atas kesediaannya menjadi tim efektif yang telah banyak memberikan bantuan dan dukungan;
11. Rekan kerja dan rekan-rekan peserta Diklat PKP Angkatan X TA 2024 yang telah memberikan pendapat dan saran sehingga Rencana Aksi Perubahan (RAP) dapat selesai dengan lancar;
12. Suami, anak dan orang tua serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan doa serta dorongan semangat kepada penulis dalam mengikuti Pelatihan Kepemimpinan Pengawas Polri Tahun 2024;
13. Semua pihak yang telah turut membantu dan memberikan dorongan baik moril maupun spiritual sehingga Rencana Aksi Perubahan (RAP) ini selesai dengan tepat waktu.

Penulis menyadari dalam rencana aksi perubahan ini terdapat kekurangan, hal ini disebabkan keterbatasan waktu dan tingkat kemampuan. Kritik dan saran kami harapkan guna penyempurnaan laporan ini.

Akhir kata kami berharap semoga Rencana Aksi Perubahan ini tentang **“PENINGKATAN MUTU PELAYANAN MELALUI OPTIMALISASI CLINICAL PATHWAY DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI”** dapat dilaksanakan dengan baik dan sukses dan memberikan manfaat bagi organisasi.

Bandung, Juli 2024

Penulis

dr. WA ODE SARSINA.  
NOSIS 20240307030678

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	vii
LEMBAR PENGESAHAN	viii
PENJELASAN COACH	ix
PENJELASAN MENTOR	1
KATA PENGANTAR	18
DAFTAR ISI	19
DAFTAR TABEL	20
DAFTAR GAMBAR	22
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN	22
A. Latar Belakang	23
B. Inovasi dan <i>Output</i> Aksi Perubahan	
C. Ruang Lingkup	24
BAB II DESKRIPSI RENCANA AKSI PERUBAHAN	26
A. <i>Roadmap</i> atau <i>Milestone</i> Aksi Perubahan	26
B. <i>Stakeholder</i> Aksi Perubahan	
C. Strategi Komunikasi	27
BAB III PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN	30
A. Pemanfaatan Sumber Daya	34
B. <i>Stakeholder</i>	35
C. Capaian Aksi Perubahan	37
BAB IV PENUTUP	40
A. Simpulan	45
B. Rekomendasi	47
DAFTAR PUSTAKA	48
RIWAYAT HIDUP	

## DAFTAR GAMBAR

1.	Gambar 1.1. Struktur Organisasi Rumkit Bhayangkara TK.III. Kendari	4
2.	Gambar 3.1. Tata Kelola SDM	5
3.	Gambar 4.1. Peta Jejaring Stakeholder	12
4.	Gambar 4.2. Kuadran Stakeholder	22

## DAFTAR TABEL

Tabel 1   Perbandingan Kondisi	16
Tabel 2   Identifikasi Masalah Utama Melalui Metode USG .....	17
Tabel 3   Rincian Anggaran Rencana Aksi Perubahan .....	25
Tabel 4   Daftar Peralatan Rencana Aksi Perubahan .....	26
Tabel 5   Identifikasi Stakeholder .....	28
Tabel 6   Identifikasi Stakeholder .....	29
Tabel 7   Analisis Stakeholder .....	30
Tabel 8   Pentahapan Rencana Aksi .....	37
Tabel 9   Manajemen Resiko .....	40
Tabel 10   Formulir Penilaian Peserta .....	41
Tabel 11   Formulir Penilaian Mentor .....	43
Tabel 12   Tabel Rekap Nilai Akhir Sikap Perilaku .....	45
Tabel 13   Rencana Strategi Pengembangan Kompetensi .....	45

## **I. PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

#### **a. Gambaran Umum**

Rumah Sakit Bhayangkara merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Pusdokkes Polri yang berkedudukan dibawah Kapusdokkes Polri selaku pembina fungsi teknis kedokteran kepolisian dan kesehatan kepolisian, untuk pelaksanaan teknis operasional dan administratif bertanggung jawab kepada Kepala Kesatuan Wilayah.

Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Kendari dalam hal pembinaan operasioanal dan administrasi berada dibawah Kapolda melalui Kabiddokkes 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.

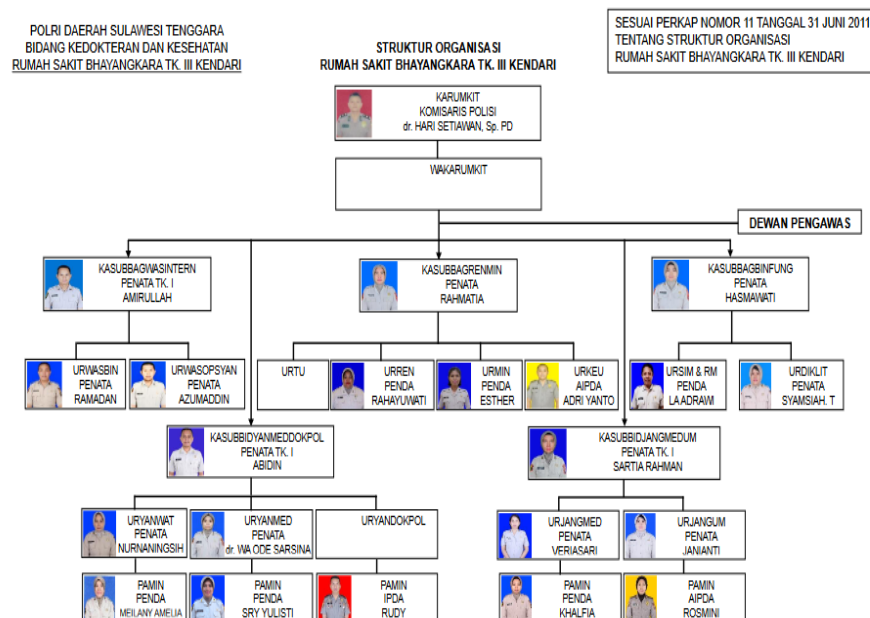
#### **b. Struktur Organisasi**

Struktur Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Kendari adalah struktur organisasi pada saat Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Kendari diajukan untuk menjadi BLU pada sisi SDM jumlah pegawai tetap Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Kendari adalah 62 orang sedangkan karyawan BLU 180 orang, tenaga Medis Spesialis Mitra Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Kendari sebanyak 24 orang , Dokter umum sebanyak 16 orang sedangkan Dokter Gigi mitra sebanyak 3 orang dan Dalam rangka melaksanakan tugas dan fungsi, susunan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Kendari sesuai Peraturan Kapolri Nomor 11 tahun 2011 tanggal 30 Juni 2011 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Bhayangkara sebagai berikut :

1. Unsur pimpinan
  - a. Karumkit Bhayangkara Kendari;

- b. Wakarumkit Bhayangkara Kendari.
- 2. Unsur Pembantu Pimpinan dan Pelaksanan Staf
  - a. Subbagwasintern;
  - b. Subbagrenmin;
  - c. Subbagbinfung.
- 3. Unsur Pelaksana Utama
  - a. Subbidyanmeddokpol;
  - b. Subbidjangmedum.

Struktur organisasi Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 1**

**Struktur Organisasi Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari**

Berdasarkan Peraturan Kapolri Nomor 11 tanggal 30 Juni Tahun 2011 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Bhayangkara Kepolisian Negara Republik Indonesia. Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat . III Kendari 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.

### **Fungsi**

Dalam melaksanakan tugas tersebut, Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Kendari 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
- c. meliputi bidang personel, materiil, logistik dan keuangan;
- d. Pembinaan fungsi pelayanan kesehatan yang meliputi Sistem Informasi Manajemen (SIM), Rekam Medik (RM), dan pendidikan pelatihan serta penelitian pengembangan;
- e. Pelayanan medik dan keperawatan untuk mewujudkan pelayanan prima dan paripurna;
- f. Pelayanan Kedokteran Kepolisian yang meliputi kegiatan Kedokteran Forensik, Disaster Victim Identification (DVI) dan kesehatan Kamtibmas;
- g. Pelayanan penunjang medik dan penunjang umum untuk mewujudkan pelayanan prima dan paripurna; dan
- h. Penata usahaan dan urusan dalam kegiatan Rumah Sakit Bhayangkara.

Adapun action Leader mempunyai kedudukan jabatan sebagai Ps. Kaur Yanmed Subbid Yanmeddokpol, yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan medis Rumah Sakit Bhayangkara.

### Tugas pokok dan fungsi pelayanan medis

1. penyelenggaraan administrasi pelayanan medis Rumah Sakit Bhayangkara Kendari,
2. menyelenggarakan dan melaksanakan administrasi pasien rawat jalan/pasien rawat inap/pasien rujukan,
3. menyelenggarakan dan melaksanakan pengumpulan dan pengolahan data rumah sakit serta penyajiannya,
4. menyelenggarakan dan melaksanakan administrasi untuk evakuasi.

Berdasarkan pengamatan *action leader* dalam pelaksanaan tugas sehari-hari sebagai Ps. Kaur Yanmed Subbid Yanmeddokpol, ditemukan beberapa permasalahan sebagai berikut:

- a) Belum optimalnya informasi dan jadwal praktek dokter poli rawat jalan

Jadwal praktek dokter poli rawat jalan tersedia di akun media sosial (instagram dan facebook) dan update setiap malam, namun jadwal yang disajikan seringkali tiba-tiba berubah dikarenakan adanya jadwal dokter yang bersangkutan yang juga berubah.

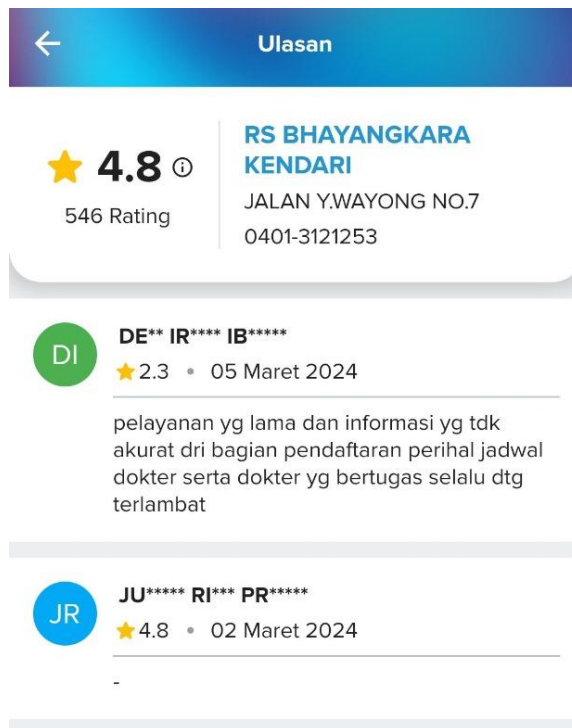
Perlu diketahui bahwa dokter praktek di Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari sebagian besar adalah dokter mitra yang juga berpraktek di rumah sakit lainnya, sehingga jadwal seringkali beririsan. Hal ini juga menjadi penyebab ketidaksesuaian jadwal praktek dokter dengan jadwal pelayanan yang tertera pada Hafiz BPJS Kesehatan

**JADWAL DOKTER PRAKTER DI RS DAN HFIS**

NO	NAMA DOKTER	SPEKIALIS	HARI PRAKTER	WAKTU SESUAI JAM PRAKTER	WAKTU SESUAI JAM HFIS	KETERANGAN
1	dr. NYOMAN SUNARKA, Sp.PD	SPECIALIS PENYAKIT DALAM ENTRIBAL	KAMIS	08.00-SELESAI	09.00-12.00	SELISAH 1 JAM DARI JADWAL MENYEBABKAN KOMPLAIAN PASIEN KARENA WAKTU TUNGGU LAMA
3	dr. JAMAL UDDIN, Sp.OT	SPECIALIS DANTUNG	KAMIS	08.00-SELESAI	15.00-17.00	SELISAH WAKTU PERAKTER TERLALU LAMA MENYEBABKAN KOMPLAIAN DAN PASIEN JENYU DAPAT ONLINE TIDAK TERLAYAN KARENA MELIHAT JAM HFIS
4	dr. REALITY ARI, Sp.THT	SPECIALIS THT	SENIN	11.00-SELESAI	13.00-15.30	SELISAH 1 JAM DARI JADWAL MENYEBABKAN KOMPLAIAN PASIEN DAN WAKTU TUNGGU LAMA
9	dr. SIBINTA NOVIANI BARNAS, M.KES., Sp.KK	SPECIALIS KULIT DAN KELAMIN	KAMIS	13.00-SELESAI	14.30-16.30	SELISAH 1 JAM LEBIH DARI JADWAL MENYEBABKAN KOMPLAIAN PASIEN DAN WAKTU TUNGGU LAMA
11	dr. NEVITA YONNIA AYTU SORAYA, Sp.M	SPECIALIS MATA	KAMIS	13.00-SELESAI	15.15-17.00	SELISAH 1 JAM LEBIH DARI JADWAL MENYEBABKAN KOMPLAIAN PASIEN KARENA WAKTU TUNGGU LAMA
13	dr. STEVEN BUDWAN, M.KES., Sp.OT	OROTIS	KAMIS	10.00-SELESAI	14.00-16.00	SELISAH 4 JAM DARI JADWAL MENYEBABKAN KOMPLAIAN PASIEN KARENA WAKTU TUNGGU LAMA
15	dr. MARCO POLO WEDJAY A.M. Kes, Sp.OT	SPECIALIS ORTHOPEDI	KAMIS	14.30-SELESAI	15.00-18.00	SELISAH 30 MENIT DARI JADWAL MENYEBABKAN KOMPLAIAN PASIEN KARENA WAKTU TUNGGU LAMA
16	dr. WAYAN EKA WINARKA, M.EDMED, Sp.B	SPECIALIS BEDAH	KAMIS	11.00-SELESAI	09.00-11.00	JAM MELAJI PRAKTER DAN JAM BERGABUNG DI HFIS SAMA, BISA MENYEBABKAN PASIEN TIDAK TERLAYAN
17	dr. SYAMSUL RIJAL, Sp.B	SPECIALIS BEDAH	KAMIS	11.00-SELESAI	14.00-16.00	SELISAH WAKTU PERAKTER TERLALU LAMA MENYEBABKAN KOMPLAIAN DAN PASIEN JENYU DAPAT ONLINE TIDAK TERLAYAN KARENA MELIHAT JAM HFIS

REVISI:  
 1. DOKTER YANG BERSANGGUTAN MENGATUR JADWAL AGAR TIDAK BERTABRAKAN DENGAN JADWAL YANG TERTEBA DI HFIS  
 2. JAM PELAYANAN HARUS SESUAI DENGAN JAM DI HFIS  
 3. KEDEPANNYA KEMUDIAN PASIEN DI POLI AKAN TERLIHAT DARI JADWAL YANG TERTEBA DI HFIS (JIKA TIDAK SESUAI BISA MENGAIBAKAN TIDAK TERKLEM)  
 4. SILAKAN KORDINASI DENGAN IBU ROSHAN (ADMIN HFIS RS BHAYANGKARA) TERBUT KESESUAIAN JADWAL PASIEN (KONTAK WA 982248712553)

Gambar jadwal praktek dokter dan jadwal pelayanan pada Hafiz BPJS



Gambar ulasan pada profil website Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari

b) Belum efektifnya waktu tunggu pasien

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], 2008: 129). Kondisi yang terjadi saat ini adalah masih ada pasien yang menunggu berjam-jam hingga menimbulkan komplain ketidakpuasan terhadap pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari. Selain itu, waktu tunggu pasien juga merupakan temuan hasil pengamatan sibling BPJS Kesehatan pada bulan Februari 2024.

**BERITA ACARA KOMITMEN PERBAIKAN PELAYANAN FKRTL**  
 Nomor : B/54/II/2024/Rumkit  
 Nomor : 739.0A/11-07-0324

Pada hari ini Rabu tanggal Dua Puluh Satu bulan Februari tahun Dua Ribu Dua Puluh Empat, FKRTL RS Bhayangkara Tingkat III Kendari berkomitmen untuk melakukan upaya perbaikan dalam pemberian pelayanan kepada peserta JKN-KIS dengan rincian sebagai berikut:

No	Hasil Pengamatan SIBLing	Komitmen Perbaikan	Target Waktu
1.	Waktu tunggu sejak pendaftaran sampai dengan bertemu dokter cukup lama (> 60 menit).	1. Edukasi kepada pasien serta pengaturan jadwal kunjungan pasien sesuai nomor antrian 2. Mengatur jadwal dokter di aplikasi hfis sesuai dengan jadwal praktek di poli	6 Bulan
2.	Ruang rawat inap kurang nyaman (tidak semua ruangan tersedia tirai dan menjaga privasi)	Segera dilakukan usulan pengadaan tirai pada anggaran 2024	4 Bulan

Demikian berita acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

Penerima Komitmen BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kepala,  Rinaldi W. Sulo Kepala Cabang Kendari	Pengaju Komitmen Direktur RS Bhayangkara Kendari  dr. Han Setiawan, Sp.PD KOMISARIS POLISI, NRP 81061375
---	--

- c) Belum optimalnya pelayanan medis pasien rawat inap Berdasarkan laporan Indikator Nasional Mutu Maret 2024 dinyatakan bahwa kepatuhan terhadap alur klinis pelayanan pasien (*clinical pathway*) masih perlu ditingkatkan lagi. Pelayanan medis beberapa petugas medis (dokter) masih

bervariasi dan menunjukkan respon klinis yang berbeda-beda pada pasien.

INDIKATOR NASIONAL MUTU MARET 2024							
NO	INDIKATOR NASIONAL MUTU	JUMLAH YANG	JUMLAH YANG	HASIL SURVEY	INDIKATOR	ANALISIS CAPAIAN	RENCANA TINDAK LANJUT
1.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	200	180	90.00	> 85 %	Perlu ditingkatkan lagi	Perlu terus mengingatkan agar mematuhi menjaga kebersihan tangan
2.	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	250	250	100.00	100%	Pertahankan terus	Perlu terus mengingatkan agar mematuhi penggunaan APD
3.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	459	459	100.00	100%	Pertahankan terus	Perlu terus mengingatkan agar memperhatikan identifikasi pasien
4.	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	2	2	100.00	> 80 %	Pertahankan terus	Perlu terus mengingatkan dokter dan Piket Kebidanan agar semua tindakan Emergensi harus
5.	Waktu Tunggu Rawat Jalan	631	593	93.98	> 80 %	Pertahankan terus dan Tingkatkan lagi	Perlu terus mengingatkan dokter dan perawat agar semua pelayanan kepada dilaksanakan cepat
6.	Penundaan Operasi Elektif	143	4	2.80	< 5 %	Perlu Diturunkan jumlah yang ditunda	Mengingatkan Perawat dan DPJP agar memperhatikan faktor yang menunda kegiatan
7.	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	631	584	92.53	> 80 %	Pertahankan jika Perlu ditingkatkan lagi	Perawat jaga agar selalu mengingatkan dpjp jika ada pasien yang belum divisite
8.	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	105	105	100.00	100%	Pertahankan	Selalu mengingatkan piket laboratorium agar responsif
9.	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	715	650	90.91	> 80 %	Perlu ditingkatkan lagi	Selalu mengingatkan piket Apotik agar selalu koordinasi dengan dokter untuk penggunaan Obat
10.	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	53	43	81.13	> 80 %	Perlu ditingkatkan lagi	Selalu mengingatkan DPJP agar selalu mematuhi Clinical Pathway
11.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	459	459	100.00	100%	Perlu dipertahankan	Selalu mengingatkan piket jaga agar memperhatikan pasien yang rawan resiko jatuh

Gambar Laporan Indikator Nasional Mutu bulan Maret 2024

Salah satu pasien mengeluhkan pelayanan medis yang kurang memuaskan di Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari.



Gambar bukti komplain pasien terkait belum optimalnya pelayanan medis pasien



### Identifikasi Masalah Utama Melalui Metode USG

No	Masalah	U	S	G	Jumlah	Prioritas
1	Belum optimalnya informasi dan jadwal praktek dokter poli rawat jalan	4	3	3	10	3
2	Belum efektifnya waktu tunggu pelayanan pasien	4	4	3	11	2
3	Belum optimalnya pelayanan medis pasien rawat inap	5	5	5	15	1

(Urgency, Seriousness, Growth)

Keterangan:

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 USG seperti Tabel 2, didapatkan masalah utama yang mempunyai tingkat urgensi, keseriusan dan pertumbuhan yang besar adalah belum optimalnya alur pelayanan medis pasien rawat inap. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengoptimalkan pelayanan medis adalah dengan membuat standar pelayanan medis berupa *clinical pathway*.

#### B. Tujuan

Tujuan Aksi Perubahan ini terdiri dari dua tahapan, yaitu tahap off kampus selama 60 hari dan tahap pasca diklat :

1. Tahap *off* campus selama 60 hari dengan rincian sebagai berikut:

- a. Terwujudnya Standar Operasional Prosedur penyusunan *Clinical Pathway*
  - b. Terwujudnya Standar Operasional Prosedur pengisian *Clinical Pathway*
  - c. Terwujudnya Standar Operasional Prosedur evaluasi *Clinical Pathway*
  - d. Tersusunnya laporan evaluasi clinical pathway Juni 2024
2. Terlaksananya implementasi aksi perubahan Tahap Pasca Pendidikan dan Pelatihan adalah sebagai berikut:
    - a. Terwujudnya pelaksanaan *Clinical Pathway* sesuai standar secara berkala dan berkelanjutan
    - b. Tersusunnya laporan evaluasi *Clinical Pathway* sesuai standar secara berkala dan berkelanjutan
    - c. Tersusunnya *Clinical pathway* berbasis *google form*
    - d. Terwujudnya integrasi *Clinical pathway* berbasis *google form* ke SIM RS

### **C. Nilai Tambah Bagi Organisasi**

Aksi perubahan berupa peningkatan mutu pelayanan melalui penerapan *clinical pathway* ini jika dilaksanakan dengan baik akan memberikan banyak kemudahan bagi stakeholder baik internal maupun eksternal, kemudahan yang dirasakan oleh stakeholder internal antara lain adalah sebagai berikut :

1. Dengan adanya SOP pengisian *clinical pathway* membantu petugas dalam pengisian lembar *clinical pathway* yang awalnya 1 jam menjadi 15 menit;
2. Mewujudkan laporan audit mutu yang tadinya tidak ada menjadi ada (meningkatkan kinerja tim audit menjadi 100%);
3. Biaya rawat inap pasien yang awalnya Rp.4.000.000,- menjadi Rp.3.000.000,-.

### **D. Kemanfaatan Aksi Perubahan**

Reformasi Birokrasi Tematik menurut Sedarmayanti (2009:72), mengatakan bahwa reformasi birokrasi merupakan upaya pemerintah untuk meningkatkan kinerja melalui berbagai cara dengan tujuan

efektifitas, efisien dan akuntabilitas. Dasar hukumnya adalah Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 2019 tentang Rencana Aksi Reformasi Birokrasi 2020-2024 yang menjadi pedoman dan arahan dalam pelaksanaan reformasi birokrasi di Indonesia selama periode 2020-2024. 4 (empat) indikator Reformasi Birokrasi Tematik yaitu:

- 1) Pengentasan Kemiskinan;
- 2) Peningkatan Investasi;
- 3) Digitalisasi Administrasi Pemerintahan;
- 4) 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 *clinical pathway* 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. Sebagai alat kendali mutu dan kendali biaya Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari
  - b. Memastikan bahwa tujuan organisasi dicapai dengan efektif dan efisien
- 2) Manfaat bagi *Stakeholder* Eksternal
  - a. Mempertanggungjawabkan penggunaan pengelolaan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan publik kepada pemerintah dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan;
  - b. Memperoleh pelayanan medis yang sesuai standar;
  - c. Meningkatnya kepuasan pasien dan keluarga yang dirawat di Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari.

## **E. Ruang Lingkup**

Dalam bagian ini, akan dijelaskan batasan dari rencana aksi perubahan yang akan dilakukan sehingga jelas permasalahan yang akan dibahas. Dalam aksi perubahan ini, ruang lingkungnya berupa kegiatan difokuskan pada optimalisasi pelaksanaan *clinical pathway*.

## **II. INOVASI DAN OUTPUT RENCANA AKSI**

### **a. INOVASI**

Berdasarkan diagnosa rencana aksi perubahan dalam aksi perubahan ini, inovasi yang akan dilakukan oleh peserta adalah :

1. Pembuatan Standar Operasional Prosedur Penyusunan Clinical Pathway
2. Pembuatan Standar Operasional Prosedur Pengisian Clinical Pathway
3. Pembuatan Standar Operasional Prosedur Evaluasi Clinical Pathway

### **b. OUTPUT**

Output rencana aksi perubahan adalah sebagai berikut :

1. Terwujudnya SK Tim Efektif ;
2. Terwujudnya SK Penerapan *Clinical Pathway*;
3. Tersusunnya laporan evaluasi *clinical pathway* Juni 2024
4. Usulan penggunaan ketiga SOP kedalam SKP atau renja satker;
5. Surat pernyataan keberlanjutan penggunaan SOP *Clinical Pathway*.

## BAB II

### DESKRIPSI RENCANA AKSI PERUBAHAN

#### A. Roadmap Atau 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.

Adapun perinciannya adalah sebagai berikut :

NO	HARI/TANGGAL	URAIAN KEGIATAN	KETERANGAN	
<b>A</b>	<b>Masa Off Campus (60 hari)</b>			
<b>1.</b>	<b>Planning (Perencanaan)</b>			
	Senin	06/05/2024 (1 Hari)	Menghadap Mentor untuk melaporkan dan melaksanakan aksi perubahan	- Dokumentasi
	Senin	06/05/2024 (1 Hari)	Menghadap kepada Karumkit menjelaskan tentang rencana aksi perubahan	- Dokumentasi
	Selasa	07/05/2024 (1 Hari)	Koordinasi dan sosialisasi dengan stakeholder internal terkait aksi perubahan yang akan dilaksanakan oleh action leader	- Dokumentasi
	Selasa	07/05/2024 (1 Hari)	Koordinasi dan sosialisasi tentang aksi perubahan yang akan dilaksanakan kepada stakeholder eksternal	- Dokumentasi
	Rabu s.d Jumat	08/05/2024 s.d 10/05/2024 (3 Hari)	Penyusunan Tim Efektif	- Draft SK Tim Efektif
<b>2.</b>	<b>Organizing (Pengorganisasian)</b>			
	Senin	13/05/2024 (1 Hari)	Penetapan Tim Efektif	- Surat Keputusan Kepala Rumah Sakit
	Selasa s.d Kamis	14/05/2024 s.d 16/05/2024 (3 Hari)	Mengumpulkan data pendukung untuk pelaksanaan aksi perubahan	- Dokumentasi
	Jumat	17/05/2024	Rapat Kerja Tim Efektif Tentang	- Daftar hadir

		(1 Hari)	Pembagian Tugas	- Notulen - Dokumentasi
<b>3.</b>	<b>Actuating (Pelaksanaan)</b>			
	Senin	20/05/2024 (1 Hari)	Penyusunan Draft Standar Operasioal Prosedur Penyusunan <i>clinical pathway</i>	- Dokumentasi - Draft SOP
	Selasa	21/05/2024 (1 Hari)	Penyusunan Draft Standar Operasioal Prosedur Pengisian <i>clinical pathway</i>	- Dokumentasi - Draft SOP
	Rabu	22/05/2024 (1 Hari)	Penyusunan Draft Standar Operasioal Prosedur Evaluasi <i>clinical pathway</i>	- Dokumentasi - Draft SOP
	Kamis s.d Jumat	23/05/2024 s.d. 24/05/2024	Penyusunan Draft SK Penerapan <i>Clinical Pathway</i>	- Dokumentasi - Draft SK
	Senin	27/05/2024 (1 Hari)	Mengajukan dan Penandatanganan Pengesahan SOP <i>Clinical Pathway</i>	- SOP - Dokumentasi
	Selasa s.d Jumat	28/05/2024 s.d. 31/05/2024 (4 Hari)	Penyusunan dokumen <i>clinical pathway</i>	- Dokumentasi - Dokumen <i>Clinical Pathway</i>
	Senin	03/06/2024	Sosialisasi SOP dan pengisian <i>clinical pathway</i> kepada karu perawatan dan staf BLU	- Surat Undangan - Notulen - Dokumentasi - Daftar Hadir
	Selasa s/d Kamis	04/06/2024 s/d 18/06/2024 (14 Hari)	Implementasi <i>clinical pathway</i> dalam pelayanan	- Dokumentasi, lembar pengamatan, dan data
	Rabu	19/06/2024 (1 Hari)	Penyusunan Laporan evaluasi <i>clinical pathway</i>	- Laporan evaluasi <i>clinical pathway</i>
	Kamis	20/06/2024 (1 Hari)	Menyusun surat pernyataan komitmen keberlanjutan penerapan <i>clinical pathway</i>	- Surat Komitmen keberlanjutan penerapan <i>clinical pathway</i>
	Jumat	21/06/2024 (1 Hari)	Mengusulkan Penggunaan SOP, <i>Clinical Pathway</i> ke dalam SKP	- Draf SKP
<b>4</b>	<b>Controlling (Monitoring dan Evaluasi)</b>			
	Senin	24/06/2024 (1 Hari)	Membuat Kuesioner Implementasi SOP <i>clinical pathway</i>	- Dokumentasi - Angket Google Form
	Selasa s.d. Jumat	25/06/2024 s.d 28/06/2024 (4 Hari)	Pelaksanaan monitoring Implementasi SOP <i>clinical pathway</i>	- Dokumentasi - Angket Google Form
	Senin	01/07/2024	Pengolahan data kuesioner	- Rekap Data

		(1 Hari)		Kuesioner
	Selasa	02/07/2024 (1 Hari)	Pembuatan Berita Acara Keberlanjutan Aksi Perubahan	- Berita Acara Keberlanjutan Aksi Perubahan
<b>B</b>	<b>Pasca Pelatihan</b>			
	a. Terwujudnya pelaksanaan Clinical Pathway sesuai standar secara berkala dan berkelanjutan b. Tersusunnya laporan evaluasi Clinical Pathway sesuai standar secara berkala dan berkelanjutan c. Tersusunnya Clinical pathway berbasis google form			Dilaksanakan setelah diklat sampai dengan 6 bulan yang akan datang
	Terwujudnya integrasi Clinical pathway berbasis google form ke SIM RS			1 (satu) tahun pasca pelatihan

## B. Stakeholder Aksi Perubahan

*Stakeholder* adalah perorangan dapat berasal dari masyarakat/tokoh masyarakat / tokoh agama / pejabat organisasi publik /swasta yang berpengaruh ataupun terpengaruh oleh sebuah kebijakan /program/kegiatan organisasi publik dalam rangka memberikan *added-value* kepada masyarakat. kategorisasi jenis stakeholder dapat dibedakan menjadi stakeholder internal maupun eksternal. Stakeholder internal adalah stakeholder yang berasal dari dalam organisasi, sedangkan stakeholder eksternal adalah stakeholder yang berasal dari luar organisasi.

Identifikasi stakeholder yang berperan terhadap rencana aksi perubahan baik stakeholder internal maupun eksternal serta perannya dalam mendukung aksi perubahan adalah sebagai berikut.

*Tabel 5*  
*Identitas Stakeholder*

STAKEHOLDER UTAMA	STAKEHOLDER PRIMER	STAKEHOLDER SEKUNDER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kabiddokkes</li> <li>• Karumkit</li> <li>• Mentor (Kasubbid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pamin yanmed</li> <li>• Karu Perawatan</li> <li>• Komite medik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasubbagrenmin</li> <li>• Kasubbagwasintern</li> <li>• Kasubbidjangmedum</li> </ul>

Yanmeddokpol)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite keperawatan</li> <li>• Staf BLU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasubbagbinfung</li> <li>• Kaur wasopsyan</li> <li>• Kaur SIM &amp; RM</li> <li>• Kaur yanwat</li> <li>• Pasien</li> </ul>
---------------	--	---

**Keterangan :**

**Jenis Stakeholders**

- Primer : *Stakeholders* yang menerima dampak secara langsung;
- Sekunder : *Stakeholders* yang tidak menerima dampak langsung;
- Utama : *Stakeholders* yang bisa mempengaruhi pihak lain dan mereka yang punya kepentingan dengan hasil upaya.

Selanjutnya dari hasil identifikasi *stakeholder* diatas, penulis memilih *stakeholder* menjadi *stakeholder* internal dan *stakeholder* eksternal. Ada pun *stakeholder* internal dalam aksi perubahan ini adalah kapidokkes, karumkit dan kasubbid yanmeddokpol (mentor), sedangkan *stakeholder* eksternal adalah pegawai/ pihak-pihak yang berada di luar fungsi pelayanan medis dengan perincian sebagai berikut:

*Tabel 6*  
*Identifikasi Stakeholder*

NO	IDENTIFIKASI STAKEHOLDER	DUKUNGAN	PENGARUH	NILAI
<b>A. STAKEHOLDER INTERNAL</b>				
1.	Kepala Bidang Kedokteran dan Kesehatan	Promoters +	Sangat Tinggi	9
2.	Kepala Rumah Sakit	Promoters +	Sangat Tinggi	9
3.	Kepala Subbid Yanmeddokpol	Promoters +	Sangat Tinggi	9

4.	Kepala Subbag Renmin	Latens +	Tinggi	7
5.	Kepala Subbag Wasintern	Latens +	Tinggi	7
6.	Kepala Subbag Binfung	Latens +	Tinggi	7
7.	Kepala Subbid Jangmedum	Latens +	Tinggi	7
8.	Kaur Wasopsyan	Latens +	Tinggi	7
9.	Kaur SIM & RM	Latens +	Tinggi	7
10.	Kaur yanwat	Latens +	Tinggi	7
11.	Pamin Yanmed	Deffender +/-	Sedang	4
12.	Kepala ruang perawatan	Deffender +/-	Sedang	4
13.	Staf BLU	Deffender +/-	Sedang	4
<b>B. STAKEHOLDER EXTERNAL</b>				
1	Komite medik	Defender +/-	Sedang	3
2	Komite Keperawatan	Apathetics +/-	Rendah	2
3	Pasien	Apathetics +/-	Rendah	2

*Tabel 7*  
*Analisis Stakeholder*

NO	STAKE HOLDER	TIM EFEKTIF	JENIS STAKE HOLDER			KELOMPOK STAKE HOLDER				STRATEGI KOMUNIKASI
			PRIMER	SEKUNDER	UTAMA	PROMOTER	LATENS	DEFENDERS	APATHETICS	
<b>A INTERNAL</b>										
1.	Kepala Bidang Kedokteran dan Kesehatan				√	+(9)				CANALIZING/ KP
2.	Kepala Rumah Sakit				√	+(9)				CANALIZING/ KP
3.	Kepala Subbid Yanmeddokpol				√	+(9)				CANALIZING/ KP
4.	Kepala Subbid Wasintern			√			+(7)			INFORMATIF/ KS
5.	Kepala Subbag Binfung			√			+(7)			INFORMATIF/ KS
6.	Kepala Subbag Renmin			√			+(7)			INFORMATIF/ KS
7.	Kasubbid Jangmedum			√			+(7)			INFORMATIF/ KS
8.	Kaur Wasopsyan			√			+(7)			INFORMATIF/ KS

9.	Kaur SIM & RM			√				+(7)		INFORMATIF / KS
10.	Kaur Yanwat			√				+(7)		INFORMATIF / KS
11.	Pamin Yanmed		√					+(4)		INSTRUKTIF / KI
12.	Kepala uang Perawatan		√					+(4)		INSTRUKTIF / KI
13.	Staf BLU		√					+(4)		INSTRUKTIF / KI
<b>IB</b>	<b>EKSTERNAL</b>									
1.	Komite Medik		√					+/(3)		INSTRUKTIF / KI
2.	Komite Keperawatan		√						+/(2)	PERSUASIF / ME
3.	Pasien			√					+/(2)	INSTRUKTIF / KI

**Keterangan :**

**Jenis Stakeholders**

- Primer : Stakeholders yang menerima dampak secara langsung;
- Sekunder : Stakeholders yang tidak menerima dampak langsung;
- Utama : Stakeholders yang bisa mempengaruhi pihak lain dan mereka yang punya kepentingan dengan hasil upaya.

**Kelompok Stakeholders**

- Promoters : kepentingan tinggi, kekuatan tinggi;
- Defenders : kepentingan tinggi, kekuatan rendah;
- Latents : kepentingan rendah, kekuatan tinggi;
- Apathetics : kepentingan rendah, kekuatan rendah.

**Pemetaan posisi dari setiap Stakeholder:**

- Positif (+) : Cukup Mendukung / Mendukung / Sangat mendukung;
- Negatif (-) : Menentang;
- Positif / Negatif (+/-) : Netral.

**Penetapan pengaruh Stakeholder, maka besar pengaruh, maka makin tinggi towernya:**

- Rendah : 1 – 2 (apathetic);
- Sedang : 3 – 5 (defender);
- Tinggi : 6 – 8 (laten);
- Sangat tinggi : 9 ≤ .....(promoter)

Untuk memaksimalkan tercapainya tujuan aksi perubahan maka *action leader* akan menerapkan beberapa **strategi komunikasi dan Teknik Komunikasi dalam menjalin hubungan dengan stakeholder**, sbb:

**a. Strategi dalam menjalin hubungan dengan Stakeholder**

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

- 1) **Redundancy (Repetition)**. Mempengaruhi khalayak dengan mengulangi pesan kepada stakeholder dengan teknik *redundancy* atau *repetition*. *Action leader* memberikan informasi kepada stakeholder tentang penggunaan inovasi secara teratur sehingga stakeholder tertarik untuk menggunakannya karena mereka tahu dan merasakan manfaatnya (selalu promosi terkait penggunaan inovasi).
- 2) **Canalizing**. Teknik kanalisasi adalah memahami dan mempelajari pengaruh kelompok terhadap individu atau pemangku kepentingan. Untuk memastikan keberhasilan implementasi perubahan, pemangku kepentingan harus memastikan bahwa inovasi ini sudah sesuai dengan nilai-nilai dan standar pemangku kepentingan dengan melakukan analisis kebutuhan pemangku kepentingan dengan tepat. (melakukan analisis kebutuhan *stakeholder* agar inovasi tepat sasaran).
- 3) **Informatif**. Teknik informatif adalah jenis isi pesan yang bertujuan untuk mempengaruhi pemangku kepentingan dengan memberikan penjelasan. Untuk menyampaikan inovasi yang akan kita lakukan, para pemimpin aksi dapat mengadakan pertemuan secara langsung atau menggunakan media luring. Ini memungkinkan para pemimpin aksi untuk menyampaikan apa yang sebenarnya tentang fakta, data, dan pendapat. Ini memungkinkan para *stakeholder* untuk bertanya langsung dan memahami maksud dan tujuan perubahan, serta memahami keuntungan yang akan dirasakan jika perubahan berjalan dengan baik. (sosialisasi langsung maupun secara daring)
- 4) **Persuasif**. Persuasif berarti membujuk orang lain. Dalam situasi ini, pemangku kepentingan dihalangi baik pikiran maupun perasaannya.

Strategi ini digunakan untuk membuat pemangku kepentingan ingin berpartisipasi secara aktif dalam pelaksanaan aksi perubahan dan memberikan dukungan sepenuhnya untuk mencapai hasil yang optimal. Untuk mencapai hal ini, pendekatan komunikasi formal maupun informal digunakan. Ini akan membuat orang yakin untuk mendukung pemimpin aksi. (kampanye aksi perubahan).

- 5) **Edukatif.** Salah satu cara untuk mempengaruhi pemangku kepentingan dari pernyataan umum yang dilontarkan adalah dengan menggunakan teknik edukatif; ini dapat dimanifestasikan dalam bentuk pesan yang mengandung pendapat, fakta, dan pengalaman. Untuk memberi tahu stakeholder tentang pentingnya inovasi, *action leaders* harus memberi tahu mereka bagaimana menggunakannya. Sumber pendidikan yang mendukung aksi perubahan termasuk buku, internet, dan web binnar, dan hasilnya didistribusikan kepada pihak berwenang.
- 6) **Koersif.** Teknik koersif memaksa stakeholder. Teknik koersif ini biasanya ditunjukkan dalam bentuk peraturan dan perintah. Ini dilakukan dengan membuat aturan yang memaksa inovasi untuk terus digunakan. (dapat dibuatkan surat perintah dan keputusan penggunaan inovasi)

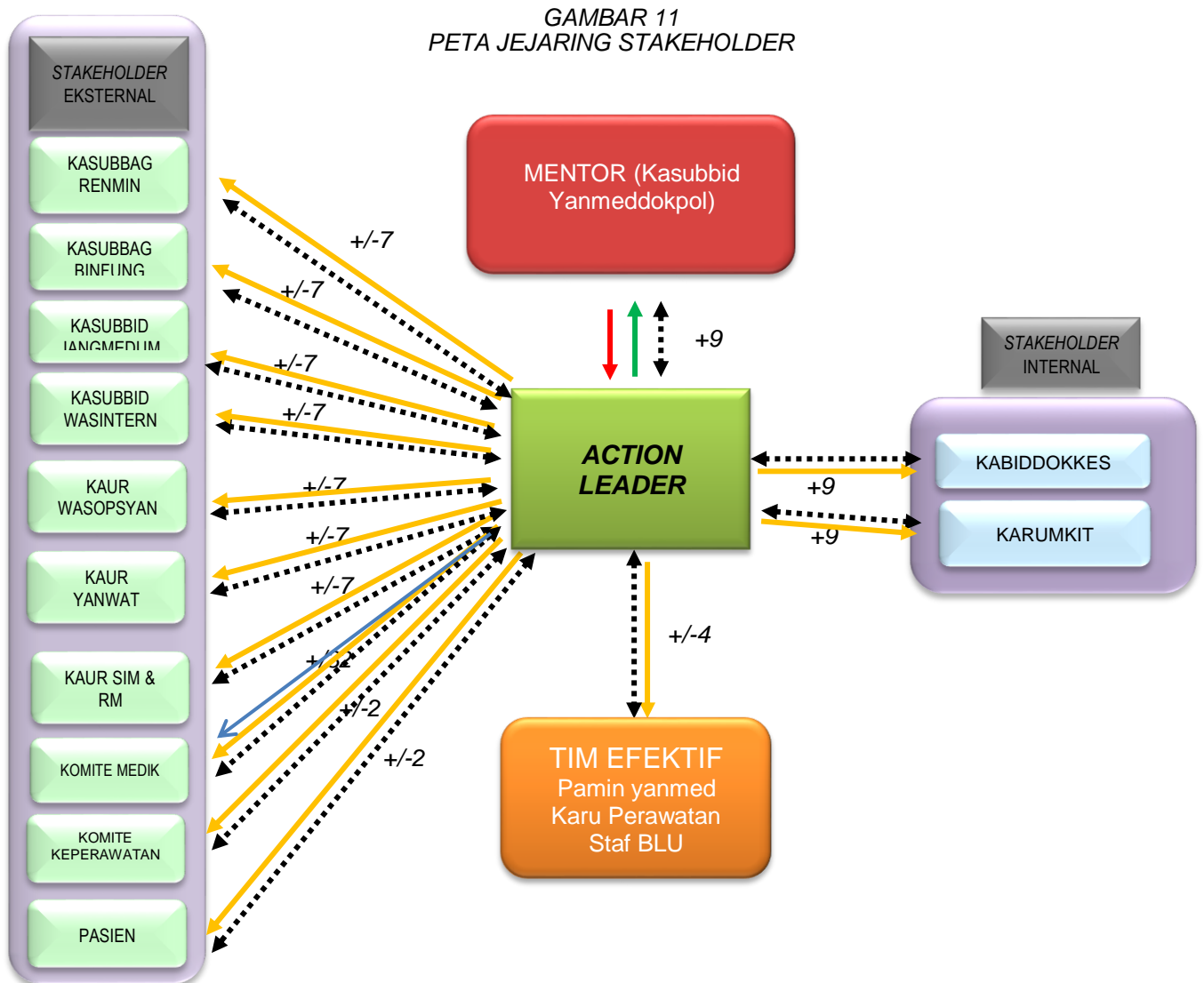
### **Teknik komunikasi dalam menjalin hubungan dengan Stakeholder**

- 1) **Key Player/KP (Promoters):** Komunikasi yang konsisten dan tetap berkomitmen walaupun situasi berubah ;Komunikasi langsung, harus dapat merespons pertanyaan secara langsung ;Harus dimonitor terus menerus; Komunikasi yang memungkinkan stakeholders dapat bertanya kapanpun dan dapat menyediakan jawaban ; Memahami masalah yang timbul dan dapat memberi respon dengan cepat.
- 2) **Defendents Stakeholders adalah KeepInformed/ KI:** Susun Strategi komunikasi bersama dengan stakeholders ini (When, What Means, Why, Who); Gunakansoftware manajemen yang memberikan laporan; Laporkan status proyek ringkas dan rinci.
- 3) **Latent Stakeholders adalah Keep Satisfied/KS** , Stakeholder dalam

kategori ini bisa jadi pengaruh yang kuat, tetapi karena mereka berpotensi memiliki kepentingan rendah, anda perlu menemukan saluran digital yang sesuai untuk menargetkan pesan mereka.

4) **Apethetics Stakeholders adalah Minimal Effort/ ME** : Mengelola hubungan pasif, tidak perlu mencari mereka, Tetap sopan dan bersikap sewajarnya ketika bertemu Gunakan metode *push communication* – tidak ada interaksi kecuali diminta.

Peta jejaring atau *netmap* yang bertujuan memetakan *stakeholder* yang terkait dengan aksi perubahan yang direncanakan. Dari netmap dapat diperkirakan bagaimana sudut pandang *stakeholder* terhadap aksi perubahan ini.



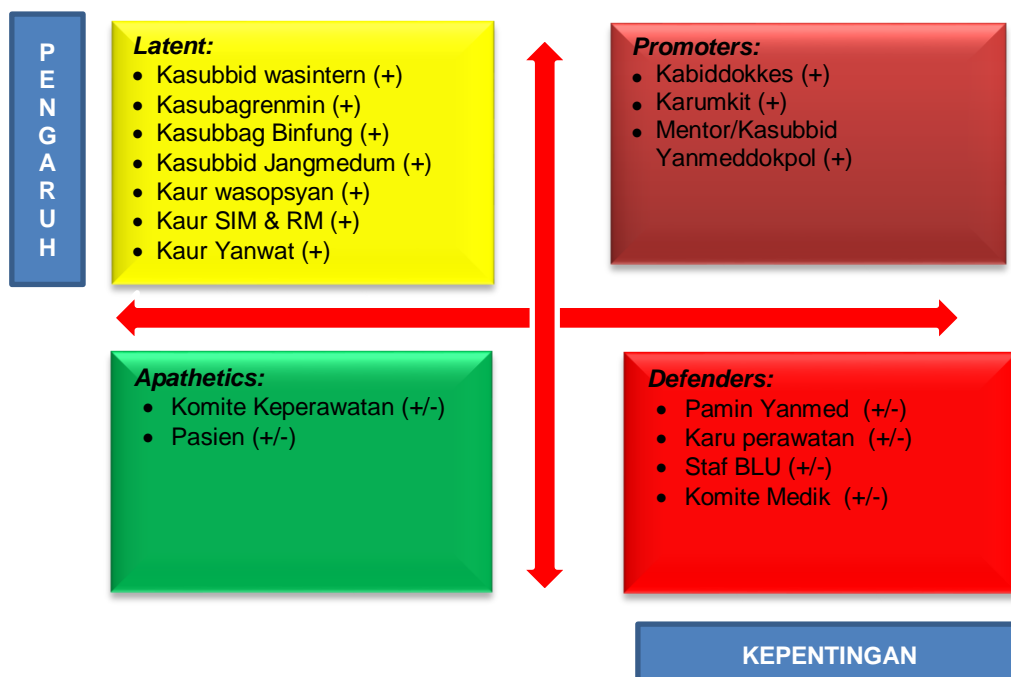
Keterangan :	21	Keterangan:	
+	: Mendukung	→ (Red)	: Perintah
+/-	: Netral	→ (Green)	: Laporan
-	: Tidak mendukung	← (Dotted)	: Koordinasi
		← (Dashed)	: Sosialisasi
		← (Solid)	: Konsultasi



### Kuadran Stakeholder

Seluruh stakeholder tersebut apabila di petakan dalam kuadran analisis *stakeholders*, maka akan tampak seperti pada gambar berikut :

Gambar 12  
Kuadran Stakeholder



**Keterangan :**

**Promoters :** Stakeholders pada kuadran ini merupakan stakeholders yang mempunyai kepentingan besar terhadap aksi perubahan dan juga pengaruh/kekuatan yang tinggi untuk membantu membuat aksi perubahan tersebut berhasil. Metode

komunikasi yang dilakukan pada kelompok ini lebih banyak dilakukan secara langsung *face to face*, selalu mendengarkan mereka dan menjalin komunikasi dengan baik serta menjaga agar mereka tetap mengikuti perkembangan issue aksi perubahan.

**Defenders :** *Stakeholders* pada kuadran ini adalah *stakeholders* yang memiliki kepentingan besar untuk kegiatan tersebut berjalan, akan tetapi pengaruh/kekuatannya kecil untuk mempengaruhi aksi perubahan. Metode komunikasi yang dilakukan adalah dengan merencanakan apa yang akan dikomunikasikan dan melaksanakan rapat kecil terkait peran apa yang diharapkan dari mereka.

**Latents :** *Stakeholders* pada kuadran ini merupakan *stakeholders* yang tidak mempunyai kepentingan khusus dalam aksi perubahan, tetapi mempunyai pengaruh/kekuatan besar untuk mempengaruhi aksi perubahan jika mereka tertarik pada aksi perubahan tersebut. Metode komunikasi yang dilakukan adalah menggunakan media diskusi dalam memperoleh masukan tentang aksi perubahan, serta memastikan dukungan dari mereka.

**Apathetics :** *Stakeholders* pada kuadran ini memiliki tingkat kepentingan dan pengaruh mendukung aksi perubahannya sangat rendah

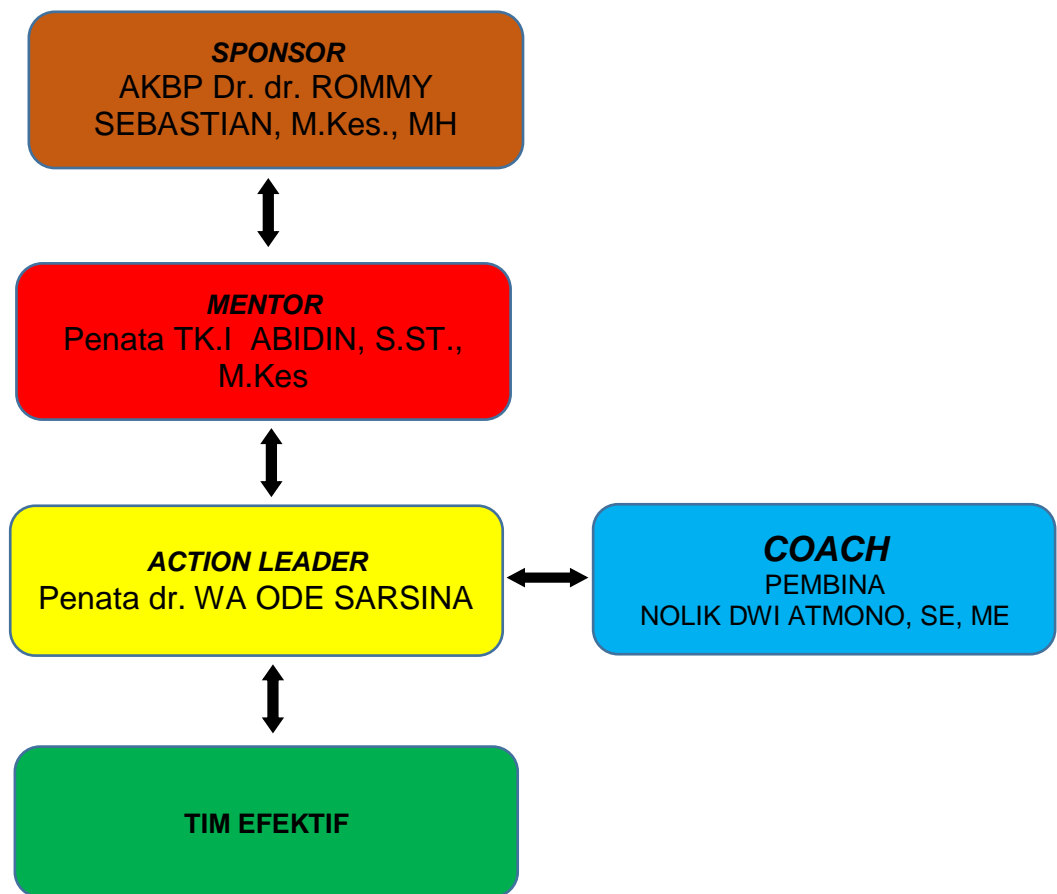
### BAB III

## PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN

### A. Pemanfaatan Sumber Daya

#### 1. Mobilisasi Sumber Daya Manusia

Dalam aksi perubahan pengorganisasian SDM yang digunakan dapat dijelaskan sebagai berikut :



Gambar 3.1. Pengorganisasian SDM

Peran dan Tugas Organisasi Rencana Aksi Perubahan :

- 1) Sponsor : AKBP Dr. dr. ROMMY SEBASTIAN, M.Kes., MH.  
Karumkit Bhayangkara TK.III Kendari memiliki tugas :
  - a) Memberikan legitimasi dan dukungan rencana aksi perubahan;
  - b) Memfasilitasi dalam menyelesaikan masalah yang timbul selama proses pelaksanaan aksi perubahan.

- 2) Mentor: Penata TK.I ABIDIN, S.ST., M.Kes  
Kasubbid Yanmeddokpol memiliki tugas :
  - a) Memberikan bimbingan dan arahan dalam mengidentifikasi permasalahan terkait rencana aksi perubahan;
  - b) Bertindak sebagai pembimbing peserta berdasarkan sikap profesionalisme;
  - c) Memberikan dukungan penuh kepada *action leader* atas seluruh kegiatan;
  - d) Memberikan otoritas kepada *action leader* untuk menyusun rencana aksi perubahan;
  - e) Berperan sebagai inspirasi rencana aksi perubahan;
  - f) Memberi masukan penyempurnaan terhadap rencana aksi perubahan;
  - g) Memastikan rencana perubahan tersebut membantu peningkatan kinerja organisasi;
  - h) Memonitor progress pelaksanaan aksi perubahan;
  - i) Menyetujui rencana aksi perubahan.
- 3) *Action Leader*: PENATA dr. WA ODE SARSINA memiliki tugas:
  - a) Menetapkan area perubahan;
  - b) Berkonsultasi dengan coach/pembimbing;
  - c) Berkonsultasi dengan mentor/atasan langsung;
  - d) Meyakinkan atasan langsung, stakeholder dan bawahan untuk menerima rencana aksi perubahan;
  - e) Mengelola tim kerja agar perubahan dapat terlaksana dan mendapatkan hasil;
  - f) Mengkoordinir agar seluruh tim efektif dapat bekerja dan memberikan hasil pada aksi perubahan;
  - g) Memotivasi seluruh tim agar bekerja sesuai harapan;
  - h) Menyusun laporan aksi perubahan.
- 4) *Coach*: PEMBINA NOLIK DWI ATMONO, S.E., M.E., memiliki tugas:
  - a) Memberikan bimbingan dan koreksi serta pengawasan dalam proses pelaksanaan aksi perubahan;

- b) Membantu untuk mengoptimalkan *resources* untuk mendapatkan hasil yang lebih baik;
  - c) Memberikan metodologi dan dukungan proses atas pelaksanaan aksi perubahan;
  - d) Membantu memberikan motivasi dan arahan dalam pelaksanaan aksi perubahan.
- 5) Tim Efektif, memiliki tugas:
- a) Membantu/mendukung *action leader* untuk mencapai tujuan dan sasaran yang diharapkan pada rencana aksi perubahan agar hasil rencana aksi sesuai yang diharapkan;
  - b) Bertugas dalam pelaksanaan sosialisasi;
  - c) Bertugas dalam membuat perencanaan, penyertaan partisipasi *stakeholder*, penyusunan format evaluasi, pelaksanaan evaluasi kegiatan aksi perubahan;
  - d) Bertugas dalam menyediakan data pendukung dalam aksi perubahan secara umum;
  - e) Bertugas dalam melaksanakan aksi perubahan;
  - f) Memberikan feedback terhadap kemajuan laporan implementasi aksi perubahan.

## 2. Anggaran

Dalam rencana kegiatan aksi perubahan ini menggunakan anggaran bersumber dari Swadaya peserta, dengan rincian sebagai berikut :

*Tabel 3.*

*Rincian Anggaran Rencana Aksi Perubahan*

NO	Kegiatan / Akun / Detail	Perhitungan Tahun 2023		
		Volume	Harga Satuan	Jumlah Biaya
1	2	3	4	5
Rancangan Aksi Perubahan				
1	Persiapan Pelaksanaan Aksi Perubahan			

	521211 - Belanja Bahan				<b>Rp 700,000</b>
	ATK	1	pkt	Rp 200,000	Rp 200,000
	Snack Pembuatan Tim Kerja (10 orang x 1 kali)	10	ok	Rp 25,000	Rp 250,000
	Snack Pembuatan SOP (10 orang x 1 kali)	10	ok	Rp 25,000	Rp 250,000
	Sosialisasi SOP				
2	521211 - Belanja Bahan				<b>Rp 250,000</b>
	Snack Sosialisasi SOP (10 orang x 1 kali)	10	ok	Rp 25,000	Rp 250,000
3	Monitoring SOP				
	521211 - Belanja Bahan				<b>Rp 250,000</b>
	Snack Sosialisasi hasil monitoring SOP (10 orang x 1 kali)	10	ok	Rp 25,000	Rp 250,000
	<b>JUMLAH TOTAL</b>				<b>Rp 1,200,000</b>

### 3. Sarana dan prasarana

Untuk mensukseskan kegiatan Aksi Perubahan ini diperlukan sarana dan prasarana sebagai berikut :

Tabel 4.

*Daftar Peralatan Rencana Aksi Perubahan*

No	Jenis Peralatan	Wajib
1	PC dan Laptop Camera	√
2	Wifi	√
3	Meja kursi	√
4	Kamera	√

Metode yang digunakan dengan menggunakan dua strategi

yaitu strategi dalam menjalin hubungan dengan stakeholder dan strategi komunikasi.

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

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

- (a) Redundancy (Repetition). Teknik redundancy atau repetition adalah cara mempengaruhi khalayak dengan jalan mengulang-ulang pesan kepada Stakeholder.
- (b) Canalizing. Teknik canalizing adalah memahami dan meneliti pengaruh kelompok terhadap individu atau Stakeholder.
- (c) Informatif. Teknik informatif adalah suatu bentuk isi pesan, yang bertujuan mempengaruhi Stakeholder dengan jalan memberikan penerangan. Penerangan berarti menyampaikan sesuatu apa adanya, apa sesungguhnya, di atas fakta dan data yang benar serta pendapat yang benar pula.

- (d) Persuasif. Teknik persuasif adalah mempengaruhi dengan jalan membujuk. Dalam hal ini Stakeholder digugah baik pikirannya, maupun dan terutama perasaannya.
- (e) Edukatif. Teknik edukatif merupakan salah satu usaha mempengaruhi Stakeholder dari suatu pernyataan umum yang dilontarkan, dapat diwujudkan dalam bentuk pesan yang akan berisi pendapat-pendapat, fakta-fakta, dan pengalaman-pengalaman.
- (f) Koersif. Teknik koersif adalah mempengaruhi Stakeholder dengan jalan memaksa. Teknik koersif ini biasanya dimanifestasikan dalam bentuk peraturan-peraturan, perintah-perintah.

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

- (a) Komunikatif yaitu *Action Leader* melakukan koordinasi dan konsultasi dengan mentor secara terus menerus selaku mentor dalam aksi perubahan yang sedang dilakukan;
- (b) Persuasif yaitu *Action Leader* memberikan alasan atau pengertian akan tujuan dari pelaksanaan aksi perubahan ini serta mengajak para rekan kerja *team work* untuk ikut menyusun jadwal pelaksanaan aksi perubahan sehingga dapat dilaksanakan dengan maksimal sesuai dengan perencanaan yang disepakati bersama;
- (c) Instruktif yaitu *Action Leader* memberikan arahan atau perintah agar para pelaksanaan/tim efektif melaksanakan tugas atau pekerjaan dalam aksi perubahan.

*Stakeholder* adalah perorangan dapat berasal dari masyarakat/tokoh masyarakat / tokoh agama / pejabat organisasi

publik /swasta yang berpengaruh ataupun terpengaruh oleh sebuah kebijakan /program/kegiatan organisasi publik dalam rangka memberikan *added-value* kepada masyarakat. kategorisasi jenis stakeholder dapat dibedakan menjadi stakeholder internal maupun eksternal. Stakeholder internal adalah stakeholder yang berasal dari dalam organisasi, sedangkan stakeholder eksternal adalah stakeholder yang berasal dari luar organisasi.

Identifikasi stakeholder yang berperan terhadap rencana aksi perubahan baik stakeholder internal maupun eksternal serta perannya dalam mendukung aksi perubahan adalah sebagai berikut.

*Tabel 5*  
*Identitas Stakeholder*

STAKEHOLDER UTAMA	STAKEHOLDER PRIMER	STAKEHOLDER SEKUNDER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kabiddokkes</li> <li>• Karumkit</li> <li>• Mentor (Kasubbid Yanmeddokpol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pamin yanmed</li> <li>• Karu Perawatan</li> <li>• Komite medik</li> <li>• Komite keperawatan</li> <li>• Staf BLU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasubbagrenmin</li> <li>• Kasubbagwasintern</li> <li>• Kasubbidjangmedum</li> <li>• Kasubbagbinfung</li> <li>• Kaur wasopsyan</li> <li>• Kaur SIM &amp; RM</li> <li>• Kaur yanwat</li> <li>• Pasien</li> </ul>

**Keterangan :**

**Jenis Stakeholders**

- Primer : *Stakeholders* yang menerima dampak secara langsung;
- Sekunder : *Stakeholders* yang tidak menerima dampak langsung;
- Utama : *Stakeholders* yang bisa mempengaruhi pihak lain dan mereka yang punya kepentingan dengan hasil upaya.

Selanjutnya dari hasil identifikasi *stakeholder* diatas, penulis memilih

stakeholder menjadi *stakeholder* internal dan *stakeholder* eksternal. Ada pun *stakeholder* internal dalam aksi perubahan ini adalah kabidokkes, karumkit dan kasubbid yanmeddokpol (mentor), sedangkan *stakeholder* eksternal adalah pegawai/ pihak-pihak yang berada di luar fungsi pelayanan medis dengan perincian sebagai berikut:

*Tabel 6*  
*Identifikasi Stakeholder*

NO	IDENTIFIKASI STAKEHOLDER	DUKUNGAN	PENGARUH	NILAI
<b>C. STAKEHOLDER INTERNAL</b>				
14.	Kepala Bidang Kedokteran dan Kesehatan	Promoters +	Sangat Tinggi	10
15.	Kepala Rumah Sakit	Promoters +	Sangat Tinggi	10
16.	Kepala Subbid Yanmeddokpol	Promoters +	Sangat Tinggi	10
17.	Kepala Subbag Renmin	Latens +	Tinggi	9
18.	Kepala Subbag Wasintern	Latens +	Tinggi	9
19.	Kepala Subbag Binfung	Latens +	Tinggi	9
20.	Kepala Subbid Jangmedum	Latens +	Tinggi	9
21.	Kaur Wasopsyan	Latens +	Tinggi	9
22.	Kaur SIM & RM	Latens +	Tinggi	9
23.	Kaur yanwat	Latens +	Tinggi	9
24.	Pamin Yanmed	Deffender +/-	Sedang	6
25.	Kepala ruang perawatan	Deffender +/-	Sedang	6
26.	Staf BLU	Deffender +/-	Sedang	6

D. STAKEHOLDER EXTERNAL				
1	Komite medik	Defender +/-	Sedang	6
2	Komite Keperawatan	Apathetics +/-	Rendah	4
3	Pasien	Apathetics +/-	Rendah	4

*Tabel 7*  
*Analisis Stakeholder*

NO	STAKE HOLDER	TIM EFEKTIF	JENIS STAKE HOLDER			KELOMPOK STAKE HOLDER				STRATEGI KOMUNIKASI
			PRIMER	SEKUNDER	UTAMA	PROMOTER	LATENS	DEFENDERS	APATHETICS	
<b>A INTERNAL</b>										
14.	Kepala Bidang Kedokteran dan Kesehatan				√	+(10)				CANALIZING/ KP
15.	Kepala Rumah Sakit				√	+(10)				CANALIZING/ KP
16.	Kepala Subbid Yanmeddokpol				√	+(10)				CANALIZING/ KP
17.	Kepala Subbid Wasintern			√			+ (9)			INFORMATIF/ KS
18.	Kepala Subbag Binfung			√			+ (9)			INFORMATIF/ KS
19.	Kepala Subbag Renmin			√			+ (9)			INFORMATIF/ KS
20.	Kasubbid Jangmedum			√			+ (9)			INFORMATIF/ KS
21.	Kaur Wasopsyan			√			+ (9)			INFORMATIF/ KS
22.	Kaur SIM & RM			√			+ (9)			INFORMATIF/ KS
23.	Kaur Yanwat			√			+ (9)			INFORMATIF/ KS
24.	Pamin Yanmed		√					+ (5)		INSTRUKTIF / KI
25.	Kepala uang Perawatan		√					+ (5)		INSTRUKTIF / KI
26.	Staf BLU		√					+ (5)		INSTRUKTIF / KI
<b>IB EKSTERNAL</b>										
4.	Komite Medik		√					+/- (5)		INSTRUKTIF / KI
5.	Komite Keperawatan		√						+/- (4)	PERSUASIF/ ME
6.	Pasien			√					+/- (4)	INSTRUKTIF / KI

**Keterangan :**

**Jenis Stakeholders**

- Primer : Stakeholders yang menerima dampak secara langsung;
- Sekunder : Stakeholders yang tidak menerima dampak langsung;

- Utama : *Stakeholders* yang bisa mempengaruhi pihak lain dan mereka yang punya kepentingan dengan hasil upaya.

### **Kelompok *Stakeholders***

- *Promoters* : kepentingan tinggi, kekuatan tinggi;
- *Defenders* : kepentingan tinggi, kekuatan rendah;
- *Latents* : kepentingan rendah, kekuatan tinggi;
- *Apathetics* : kepentingan rendah, kekuatan rendah.

### **Pemetaan posisi dari setiap *Stakeholder*:**

- Positif (+) : Cukup Mendukung / Mendukung / Sangat mendukung;
- Negatif (-) : Menentang;
- Positif / Negatif (+/-): Netral.

### **Penetapan pengaruh *Stakeholder*, maka besar pengaruh, maka makin tinggi towernya:**

- Rendah : 1 – 2 (apathetic);
- Sedang : 3 – 5 (defender);
- Tinggi : 6 – 8 (laten);
- Sangat tinggi :  $9 \leq \dots$  (promoter)

Untuk memaksimalkan tercapainya tujuan aksi perubahan maka *action leader* akan menerapkan beberapa **strategi komunikasi dan Teknik Komunikasi dalam menjalin hubungan dengan stakeholder**, sbb:

### **Strategi dalam menjalin hubungan dengan Stakeholder**

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

- 1) **Redundancy (Repetition)**. Mempengaruhi khalayak dengan mengulangi pesan kepada stakeholder dengan teknik *redundancy* atau *repetition*. *Action leader* memberikan informasi kepada stakeholder tentang penggunaan inovasi secara teratur sehingga stakeholder tertarik untuk menggunakannya karena mereka tahu dan merasakan manfaatnya (selalu promosi terkait penggunaan inovasi).

- 2) **Canalizing.** Teknik kanalisasi adalah memahami dan mempelajari pengaruh kelompok terhadap individu atau pemangku kepentingan. Untuk memastikan keberhasilan implementasi perubahan, pemangku kepentingan harus memastikan bahwa inovasi ini sudah sesuai dengan nilai-nilai dan standar pemangku kepentingan dengan melakukan analisis kebutuhan pemangku kepentingan dengan tepat. (melakukan analisis kebutuhan *stakeholder* agar inovasi tepat sasaran).
- 3) **Informatif.** Teknik informatif adalah jenis isi pesan yang bertujuan untuk mempengaruhi pemangku kepentingan dengan memberikan penjelasan. Untuk menyampaikan inovasi yang akan kita lakukan, para pemimpin aksi dapat mengadakan pertemuan secara langsung atau menggunakan media luring. Ini memungkinkan para pemimpin aksi untuk menyampaikan apa yang sebenarnya tentang fakta, data, dan pendapat. Ini memungkinkan para *stakeholder* untuk bertanya langsung dan memahami maksud dan tujuan perubahan, serta memahami keuntungan yang akan dirasakan jika perubahan berjalan dengan baik. (sosialisasi langsung maupun secara daring)
- 4) **Persuasif.** Persuasif berarti membujuk orang lain. Dalam situasi ini, pemangku kepentingan dihalangi baik pikiran maupun perasaannya. Strategi ini digunakan untuk membuat pemangku kepentingan ingin berpartisipasi secara aktif dalam pelaksanaan aksi perubahan dan memberikan dukungan sepenuhnya untuk mencapai hasil yang optimal. Untuk mencapai hal ini, pendekatan komunikasi formal maupun informal digunakan. Ini akan membuat orang yakin untuk mendukung pemimpin aksi. (kampanye aksi perubahan).
- 5) **Edukatif.** Salah satu cara untuk mempengaruhi pemangku kepentingan dari pernyataan umum yang dilontarkan adalah dengan menggunakan teknik edukatif; ini dapat dimanifestasikan dalam bentuk pesan yang mengandung pendapat, fakta, dan pengalaman. Untuk memberi tahu stakeholder tentang pentingnya inovasi, *action leaders* harus memberi tahu mereka bagaimana menggunakannya. Sumber pendidikan yang mendukung aksi perubahan termasuk

buku, internet, dan web binnar, dan hasilnya didistribusikan kepada pihak berwenang.

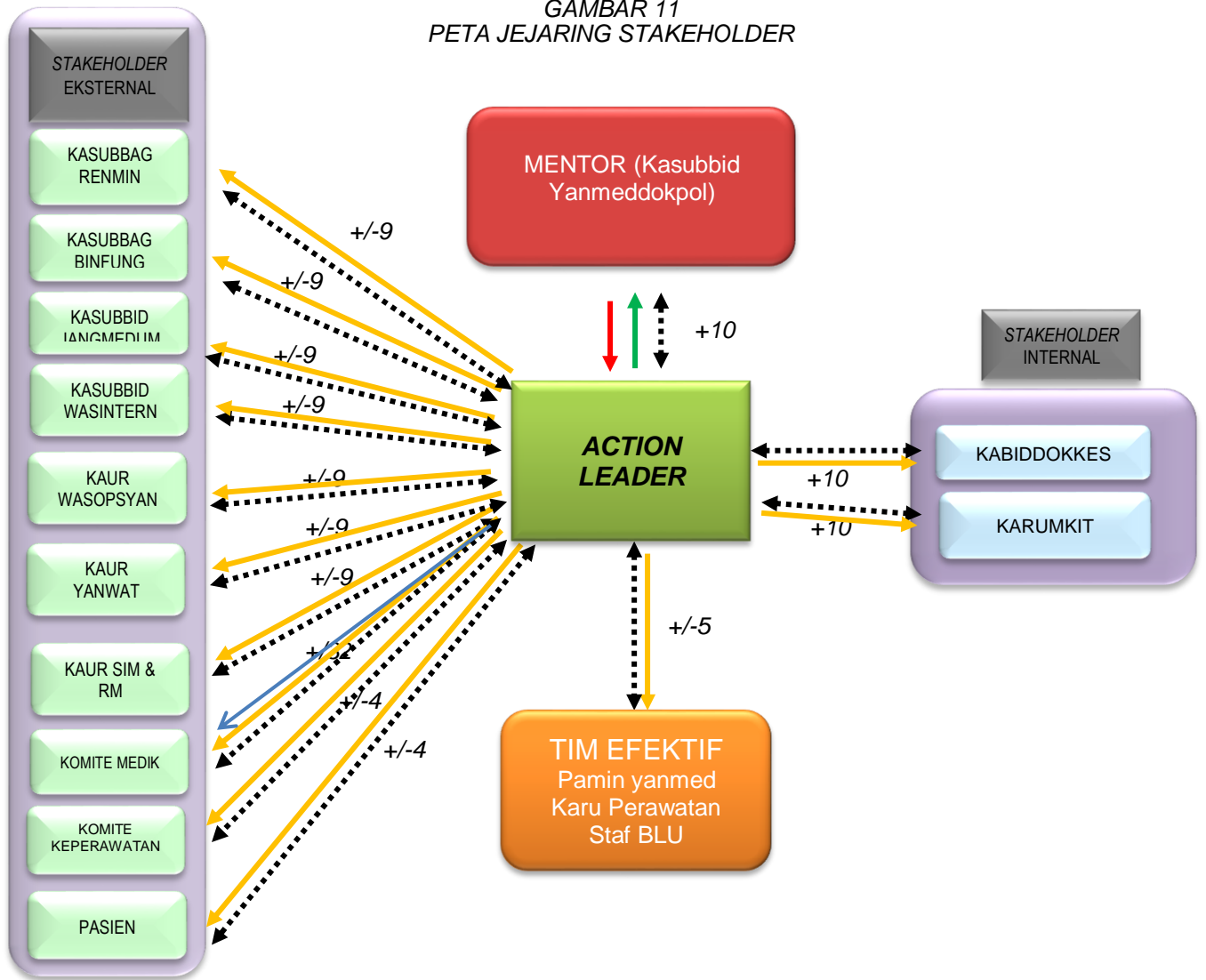
- 6) **Koersif**. Teknik koersif memaksa stakeholder. Teknik koersif ini biasanya ditunjukkan dalam bentuk peraturan dan perintah. Ini dilakukan dengan membuat aturan yang memaksa inovasi untuk terus digunakan. (dapat dibuatkan surat perintah dan keputusan penggunaan inovasi)

### **Teknik komunikasi dalam menjalin hubungan dengan Stakeholder**

- 1) **Key Player/KP (Promoters)**: Komunikasi yang konsisten dan tetap berkomitmen walaupun situasi berubah ;Komunikasi langsung, harus dapat merespons pertanyaan secara langsung ;Harus dimonitor terus menerus; Komunikasi yang memungkinkan stakeholders dapat bertanya kapanpun dan dapat menyediakan jawaban ; Memahami masalah yang timbul dan dapat memberi respon dengan cepat.
- 2) **Defendents Stakeholders adalah KeepInformed/ KI**: Susun Strategi komunikasi bersama dengan stakeholders ini (When, What Means, Why, Who); Gunakansoftware manajemen yang memberikan laporan; Laporkan status proyek ringkas dan rinci.
- 3) **Latent Stakeholders adalah Keep Satisfied/KS** , Stakeholder dalam kategori ini bisa jadi pengaruh yang kuat, tetapi karena mereka berpotensi memiliki kepentingan rendah, anda perlu menemukan saluran digital yang sesuai untuk menargetkan pesan mereka.
- 4) **Apethetics Stakeholders adalah Minimal Effort/ ME** : Mengelola hubungan pasif, tidak perlu mencari mereka, Tetap sopan dan bersikap sewajarnya ketika bertemu Gunakan metode *push communication* – tidak ada interaksi kecuali diminta.

Berdasarkan Identifikasi stakeholder yang telah dilakukan maka disusunlah Peta Jejaring Stakeholder seperti gambar dibawah ini yang menggambarkan hubungan kerja atar para stakeholders dengan pemimpin kegiatan aksi perubahan.

GAMBAR 11  
PETA JEJARING STAKEHOLDER



**Keterangan :**

+	: Mendukung		: Perintah
+/-	: Netral		: Laporan
-	: Tidak mendukung		: Koordinasi
			: Sosialisasi
			: Konsultasi

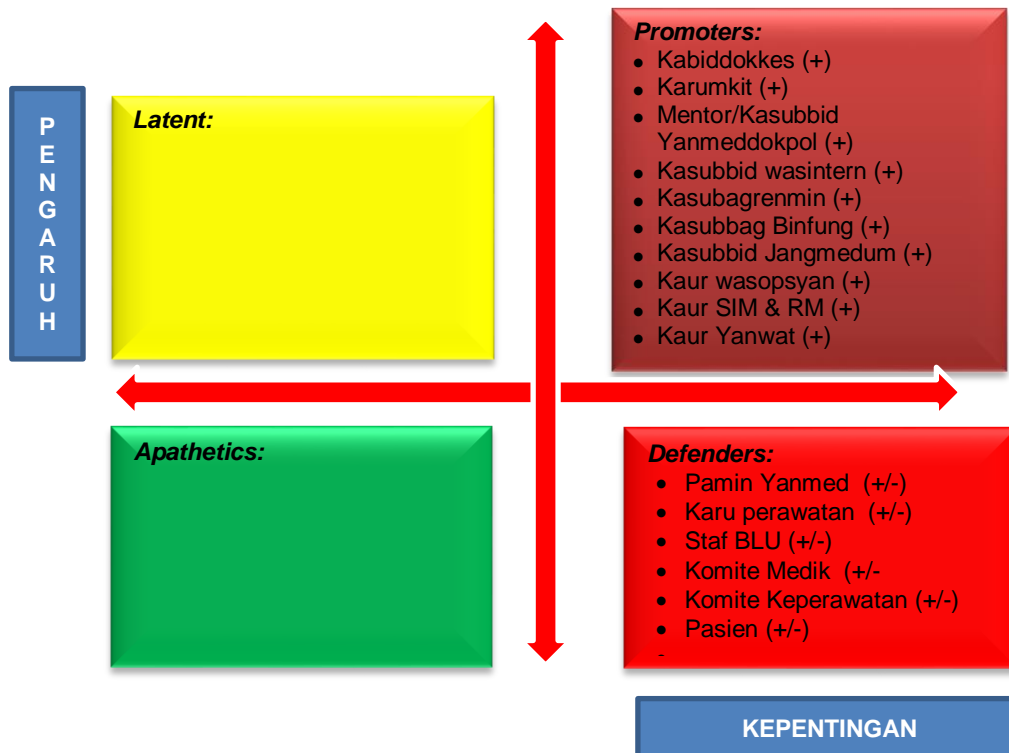
**Pengaruh stakeholder**

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

Stakeholder yang terlibat dalam kegiatan aksi perubahan ini terbagi dalam empat kelompok yang terdiri dari; Kelompok Promoters, Latents, Defenders dan Apathetic seperti terlihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 12

Kuadran Stakeholder



Gambar diatas menunjukkan adanya perubahan identifikasi terkait Stakeholder setelah aksi perubahan . Stakeholder pada kelompok latent menjadi promoter, 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 off campus* selama 60 (enam puluh) hari, sebagian besar tahapan kegiatan sesuai dengan rencana jadwal kegiatan yang sebelumnya telah ditetapkan. Perubahan jadwal terjadi karena adanya kegiatan kantor yang harus dilaksanakan terlebih dahulu baik oleh pemimpin aksi perubahan, tim efektif atau *stakeholder* yang terkait. Perubahan jadwal yang terjadi antara *milestone dan implementasi* tidak terlalu signifikan. Hasil capaian kegiatan implementasi aksi perubahan dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

:

NO	TAHAPAN KEGIATAN	OUTPUT KEGIATAN		WAKTU PELAKSANAAN		KET/ LAMPIRAN
		RENCANA	REALISASI	RENCANA	REALISASI	
<b>A.</b>	<b>TAHAP OFF CAMPUS</b>					
<b>I.</b>	<b>PERENCANAAN/PLANING</b>					
	Menghadap kepada Mentor menjelaskan tentang rencana aksi perubahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasi tatap muka</li> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Dukungan dari stakeholder</li> <li>• Data dan informasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasi tatap muka</li> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Dukungan dari stakeholder</li> <li>• Data dan informasi</li> </ul>	06/05/2024	06/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Menghadap kepada Karumkit menjelaskan tentang rencana aksi perubahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasi tatap muka</li> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Dukungan dari Stakeholder</li> <li>• Data dan informasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasi tatap muka</li> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Dukungan dari Stakeholder</li> <li>• Data dan informasi</li> </ul>	06/05/2024	06/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Koordinasi dan sosialisasi dengan stakeholder internal terkait aksi perubahan yang akan dilaksanakan oleh action leader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Dukungan dari Stakeholder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Dukungan dari Stakeholder</li> </ul>	07/05/2024	07/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Penyusunan Tim Efektif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SK Tim Efektif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SK Tim Efektif</li> </ul>	08/05/2024 s.d	08/05/2024 s.d	Sudah tercapai 100 %

				10/05/2024	10/05/2024	
<b>II</b>	<b>PENGORGANISASIAN / ORGANIZING</b>					
	Penetapan Tim Efektif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat Keputusan Kantor Wilayah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat Keputusan Kepala Rumah Sakit</li> </ul>	13/05/2024	13/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Mengumpulkan data pendukung untuk pelaksanaan aksi perubahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Data dan informasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Data dan informasi</li> </ul>	14/05/2024 s.d 16/05/2024	14/05/2024 s.d 16/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Rapat Kerja Tim Efektif Tentang Pembagian Tugas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Nodin undangan, absen dan notulen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Nodin undangan, absen dan notulen</li> </ul>	17/05/2024	17/05/2024	Sudah tercapai 100 %
<b>III</b>	<b>PELAKSANAAN / ACTUATING</b>					
	Penyusunan Draft Standar Operasioal Prosedur Penyusunan <i>clinical pathway</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SOP</li> </ul>	20/05/2024	20/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Penyusunan Draft Standar Operasioal Prosedur Pengisian <i>clinical pathway</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SOP</li> </ul>	21/05/2024	21/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Penyusunan Draft Standar Operasioal Prosedur Evaluasi <i>clinical pathway</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SOP</li> </ul>	22/05/2024	22/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Penyusunan Draft SK Penerapan <i>Clinical Pathway</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Draft SK</li> </ul>	23/05/2024 s.d. 24/05/2024	23/05/2024 s.d. 24/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Mengajukan dan Penandatanganan Pengesahan SOP <i>Clinical Pathway</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOP</li> <li>• Dokumentasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOP</li> <li>• Dokumentasi</li> </ul>	27/05/2024	27/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Penyusunan dokumen <i>clinical pathway</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Dokumen <i>Clinical Pathway</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Dokumen <i>Clinical Pathway</i></li> </ul>	28/05/2024 s.d. 31/05/2024	28/05/2024 s.d. 31/05/2024	Sudah tercapai 100 %
	Sosialisasi SOP dan pengisian <i>clinical pathway</i> kepada karu perawatan dan staf BLU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat Undangan</li> <li>• Notulen</li> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Daftar Hadir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat Undangan</li> <li>• Notulen</li> <li>• Dokumentasi</li> <li>• Daftar Hadir</li> </ul>	03/06/2024	03/06/2024	Sudah tercapai 100 %
	Implementasi <i>clinical pathway</i> dalam pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasi, lembar pengamatan, dan data</li> </ul>	Dokumentasi, lembar pengamatan, dan data	04/06/2024 s/d 18/06/2024	04/06/2024 s/d 18/06/2024	Sudah tercapai 100 %

	Penyusunan Laporan evaluasi <i>clinical pathway</i>	• Laporan evaluasi <i>clinical pathway</i>	• Laporan evaluasi <i>clinical pathway</i>	19/06/2024	19/06/2024	Sudah tercapai 100 %
	Menyusun surat pernyataan komitmen keberlanjutan penerapan <i>clinical pathway</i>	• Surat Komitmen keberlanjutan penerapan <i>clinical pathway</i>	• Surat Komitmen keberlanjutan penerapan <i>clinical pathway</i>	20/06/2024	20/06/2024	Sudah tercapai 100 %
	Mengusulkan Penggunaan SOP, <i>Clinical Pathway</i> ke dalam SKP	• Draf SKP	• Draf SKP	21/06/2024	21/06/2024	Sudah tercapai 100 %
IV	<b>MONITORING DAN EVALUASI / CONTROLLING</b>					
	Membuat Kuesioner Implementasi SOP <i>clinical pathway</i>	• Dokumentasi • Angket Google Form	• Dokumentasi • Angket Google Form	24/06/2024	24/06/2024	Sudah tercapai 100 %
	Pelaksanaan monitoring Implementasi SOP <i>clinical pathway</i>	• Dokumentasi • Angket Google Form	• Dokumentasi • Angket Google Form	25/06/2024 s.d 28/06/2024	25/06/2024 s.d 28/06/2024	Sudah tercapai 100 %
	Pengolahan data kuesioner	Rekap Data Kuesioner	• Rekap Data Kuesioner	01/07/2024	01/07/2024	Sudah tercapai 100 %
	Pembuatan Berita Acara Keberlanjutan Aksi Perubahan	• Berita Acara Keberlanjutan Aksi Perubahan	• Berita Acara Keberlanjutan Aksi Perubahan	02/07/2024	02/07/2024	Sudah tercapai 100 %
<b>B.</b>	<b>TAHAP PASCA PELATIHAN</b>					
	a. Terwujudnya pelaksanaan Clinical Pathway sesuai standar secara berkala dan berkelanjutan b. Tersusunya laporan evaluasi Clinical Pathway sesuai standar secara berkala dan berkelanjutan c. Tersusunnya Clinical pathway berbasis google form	Dilaksanakan setelah diklat sampai dengan 6 bulan yang akan datang				
	Terwujudnya integrasi Clinical pathway berbasis google form ke SIM RS	1 (satu) tahun pasca pelatihan				

Tabel11 Kesesuaian antara milestone dan implementasi

Dari tabel di atas, tahap perencanaan tidak mengalami perubahan, tahap pengorganisasian tidak mengalami perubahan. Selanjutnya tahap pelaksanaan pun sesuai dengan jadwal. *Action Leader* berkoordinasi dan berkomunikasi dengan stakeholder lain guna meminta dukungan atas aksi perubahan yang disusun, berdasarkan

hasil komunikasi secara persuasif dan konsultatif dengan stakeholder didapatkan dukungan positif yang dibuktikan dengan surat dukungan stakeholder.

## 2. Pencapaian Hasil Aksi Perubahan

### a) Perencanaan

Tahap perencanaan dilaksanakan pada tanggal 6 s/d 10 Mei 2024, dalam melaksanakan tahapan aksi perubahan diawali dengan menghadap Kasubbid Yanmeddokpol selaku mentor sekaligus. melakukan konsultasi dan koordinasi terkait aksi perubahan yang akan dilaksanakan dalam 60 Hari.



*Gambar 15 Menghadap Mentor*

Setelah menghadap Kasubbid Yanmeddokpol, Action Leader menghadap Karumkit Bhayangkara TK.III Kendari guna menjelaskan aksi perubahan yang akan dilaksanakan dalam 60 Hari..



*Gambar 16 Menghadap Sponsor*

#### **b) Pengorganisasian**

Pada tahap pengorganisasian, dilaksanakan pada tanggal 13 s.d 17 Mei 2024, dengan rincian kegiatan yaitu penetapan tim efektif, mengumpulkan data dukung pelaksanaan aksi perubahan, dan rapat kerja tim efektif. Kegiatan pada tahap pengorganisasian ini dapat terlaksana dengan progress 100%.

##### **1) Penetapan Tim Efektif**

Merupakan kegiatan membentuk tim efektif yang akan mendukung Action Leader dalam tahap implementasi aksi perubahan yang ditetapkan dalam bentuk Surat Ke yang disahkan oleh pimpinan.

Gambar 18 SK Tim Efektif

- 2) Mengumpulkan data pendukung untuk pelaksanaan aksi perubahan

Kegiatan selanjutnya yaitu pengumpulan data dukung untuk menunjang pelaksanaan aksi perubahan. Tim efektif melaksanakan tugasnya untuk mengumpulkan data dukung dalam rangka penyusunan SOP Clinical Pathway.


- 3) Rapat Kerja Tim Efektif

Action Leader menyampaikan tentang kegiatan implemtasi 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 diperlukan dalam kegiatan rencana aksi perubahan.

### **c) Pelaksanaan**

Tahap pelaksanaan dimulai pada tanggal 20 s.d 21 Juni 2024. Tahap pelaksanaan ini merupakan tahapan pembuatan SOP, penyusunan dokumen *clinical pathway*, dan implementasinya

- 1) Penyusunan dan Penandatanganan Pengesahan Standar Operasional Prosedur Penyusunan, Pengisian dan Evaluasi *Clinical Pathway*

<p>6. Tim kecil menentukan alur pelayanan dan menentukan cara pengukurannya</p> <p>7. Tim kecil menyusun draf clinical pathway dan instruksi penggunaan clinical pathway.</p> <p>8. Tim kecil mengevaluasi draf clinical pathway berdasarkan masukan dari konsulen ahli dan evaluasi rekam medis. Evaluasi draf clinical pathway menggunakan formulir evaluasi yang terdapat dalam panduan clinical pathway.</p> <p>9. Tim inti clinical pathway menyusun rencana pelatihan pengisian clinical pathway kepada unit-unit terkait.</p> <p>10. Tim inti melakukan koordinasi dengan bagian rekam medis dan unit pelaksana untuk uji coba clinical pathway.</p>	<p>1. Tim MCU</p> <p>2. Komite Medis</p> <p>3. Komite Keperawatan</p> <p>4. Manajemen</p>	<p>PENGISIAN CLINICAL PATHWAY</p>		
		<p>No. Dokumen SPO ID: W/2024/BLUKIT</p>	<p>No. Revisi 00</p>	<p>Halaman 1 dan 1</p>
<p>SPO</p>		<p>TANGGAL TERBIT 27 Mei 2024</p>	<p>DI TETAPKAN              DR. KEPALA RSUD WANGGARA TINGKAT II KENDARI            M. KEM., M.H.            NRP.15810366</p>	
<p>PENGERIAAN</p>		<p>Kegiatan pengisian formulir clinical pathway oleh petugas yang berwenang.</p>		
<p>TUJUAN</p>		<p>Pengisian clinical pathway secara optimal di unit terkait sehingga tercapai kendali mutu dan kendali biaya</p>		
<p>KEBLUAKAN</p>		<p>Clinical pathway disusun dan ditetapkan untuk mengoptimalkan mutu pelayanan rumah sakit dan kendali biaya.</p>		
<p>PROSEDUR</p>		<p>1. Di setiap formulir clinical pathway terdapat petunjuk pengisian formulir.</p> <p>2. Setiap kolom dalam formulir clinical pathway diisi oleh petugas yang melakukan tindakan atau pelayanan.</p> <p>3. Untuk setiap tindakan atau pelayanan yang telah dilakukan, petugas membentenda centang pada kotak.</p> <p>4. Untuk setiap tindakan atau pelayanan yang seharusnya dilakukan tetapi tidak dikerjakan, maka petugas tidak membentenda centang pada kotak dan mengisi pada kolom variasi disertai dengan tanggal waktu dan alasan.</p> <p>5. Untuk setiap tindakan atau pelayanan yang dilakukan tetapi tidak terdapat kotak dalam kolom clinical pathway maka diisi di kolom variasi disertai dengan tanggal waktu dan alasan.</p> <p>6. Cara mengisi header:</p> <p>a. Header diisi oleh perawat bangsal yang merawat pasien.</p> <p>b. Kolom identitas diisi sesuai dengan identitas pasien.</p> <p>c. Kolom catatan khusus diisi riwayat pasien penting mempengaruhi terapi, misalnya alergi.</p> <p>7. Cara mengisi footer:</p>		

- 2) Penyusunan dokumen Clinical Pathway *Action Leader* berkonsultasi dan berkoordinasi dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam penyusunan dokumen Clinical Pathway



- 3) Sosialisasi SOP dan *Clinical Pathway* *Action Leader* melakukan sosialisasi terhadap implemmentasi SOP, *Clinical Pathway* kepada karu perawatan dan karyawan BLU



- 4) Implementasi Clinical Pathway dalam pelayanan



- 5) Menyusun surat pernyataan komitmen keberlanjutan penerapan *clinical pathway*  
*Action Leader* menyusun surat komitmen keberlanjutan penerapan *clinical pathway*

POLRI DAERAH SULAWESI TENGGARA  
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. III KENDARI  
Jalan Y. Wayong 7, Mandonga, Kendari 93111

PERNYATAAN KEBERLANJUTAN AKSI PERUBAHAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

1. NAMA : Dr. dr. ROMMY SEBASTIAN, M.Kes., MH  
PANGKAT/NRP : AJUN KOMISARIS BESAR POLISI NRP 75081286  
JABATAN : KARUMKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI  
BERTINDAK SEBAGAI : SPONSOR

2. NAMA : ABDIN S. ST., M.Kes  
PANGKAT/NRP : PENATA TK.I NIP 197906212005011007  
JABATAN : KASUBBID YANMEDDOKPOL  
BERTINDAK SEBAGAI : MENTOR

Adalah atasan dari siswa Pelatihan Kepemimpinan Pengawas (PKP) Poli Angkatan X Tahun Anggaran 2024 atas nama:


NAMA : WA ODE SARSINA  
PANGKAT/NIP : PENATA 198611262019022001  
JABATAN : P. S KALUR YANMED SUBBID YANMEDDOKPOL  
KESATUAN : RUMKIT BHAYANGKARA YK.III KENDARI  
BERTINDAK SEBAGAI : ACTION LEADER

Dengan ini menyatakan:

1. Menyetujui penggunaan inovasi aksi perubahan yang digagas oleh siswa PKP Angkatan X Tahun Anggaran 2024 atas nama Penata dr. Wa Ode Sarsina berupa Optimalisasi *Clinical Pathway* di Rumkit Bhayangkara TK.III Kendari;
2. Bersedia menerima keberlangsungan inovasi untuk mendukung kinerja para pengemban fungsi perencanaan dalam pelaksanaan penyusunan Rencana Kerja Anggaran Salter Rumkit Bhayangkara TK.III Kendari;
3. Menyetujui penggunaan *Clinical Pathway* sebagai alat bantu kendali mutu kendali biaya pelayanan pasien di Rumkit Bhayangkara TK.III Kendari ;

Demikian pernyataan ini dibuat dan ditandatangani untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

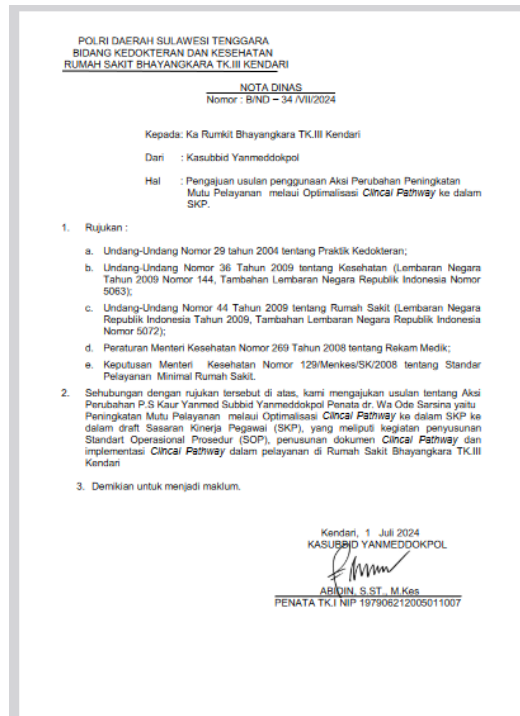
MENTOR AKSI PERUBAHAN

  
ABDIN S. ST., M.Kes  
PENATA TK.I NIP.197906212005011007

  
Yang menyatakan,  
KARUMKIT  
Dr. dr. ROMMY SEBASTIAN, M.Kes., MH  
AKBP NRP 75081286

Gambar 35 Surat Pernyataan Komitmen Keberlanjutan

- 6) Mengusulkan implementasi *Clinical Pathway* ke dalam SKP  
*Action Leader* mengusulkan implementasi *Clinical Pathway* ke dalam SKP dengan persetujuan Kasubbid Yanmeddokpol sebagai atasan langsung.

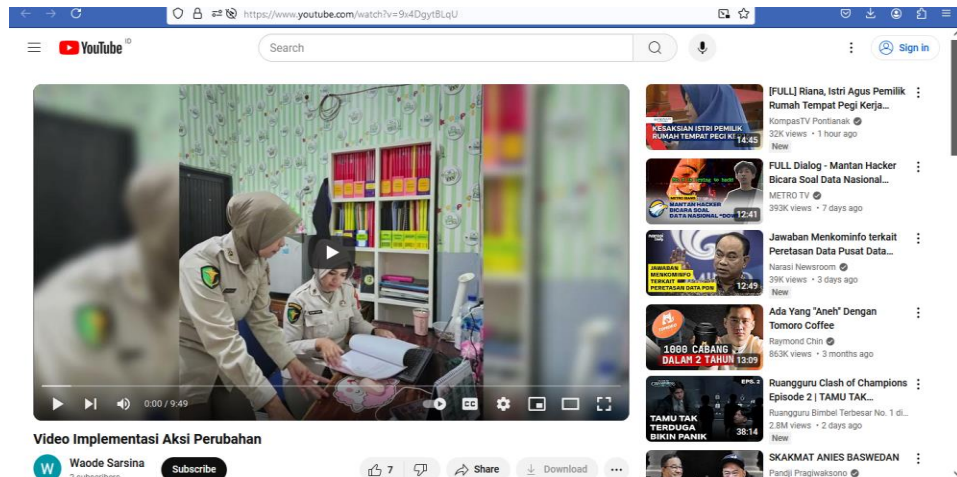


Gambar 36 usulan SKP Action Leader

7) Publikasi Aksi Perubahan

Dalam laporan akhir aksi perubahan *action leader* membuat video sebagai data dukung laporan akhir yang selanjutnya akan dipublikasikan via youtube dengan link

[https://www.youtube.com/watch?si=KYTey4\\_283t6RHCD&v=9x4DgytBLqU&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?si=KYTey4_283t6RHCD&v=9x4DgytBLqU&feature=youtu.be)



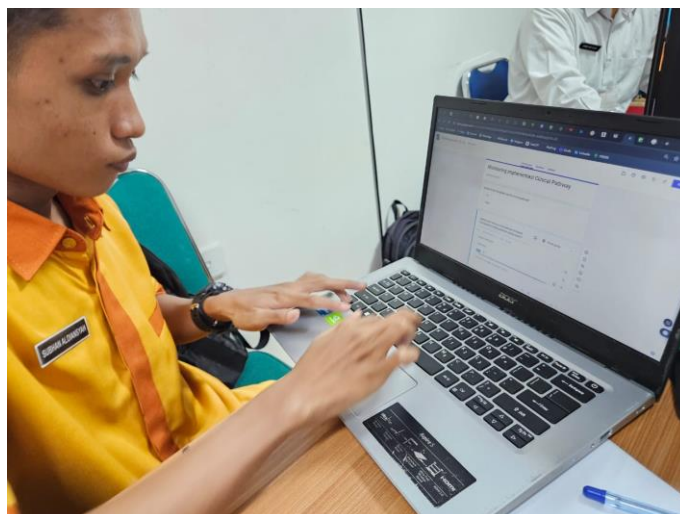
Gambar 37 Publikasi Aksi Perubahan

#### d) Monitoring dan evaluasi

Tahap monitoring dan evaluasi dilaksanakan dimulai tanggal 24 Juni s.d 27 Juni 2024. Adapun kegiatan pada tahap ini sebagai berikut:

##### 1) Membuat Kuesioner Implementasi *Clinical Pathway*

Untuk mengetahui kebermanfaatan aksi perubahan yang dilaksanakan, *Action Leader* menggunakan metode penelitian dengan menyebarkan kuesioner. Pada kuesioner tersebut terdiri dari 4 (empat) pertanyaan yang akan dijawab oleh responden.



Gambar 38 Penyusunan Kuesioner Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway*

Monitoring Implementasi Clinical Pathway RS Bhayangkara Tk. III Kendari

[Login ke Google](#) untuk menyimpan progres. [Pelajari lebih lanjut](#)

\* Menunjukkan pertanyaan yang wajib diisi

Nama \*

Jawaban Anda

Profesi \*

Dokter

Perawat

Tenaga Kesehatan Lainnya

Administrator Kesehatan

Yang lain:

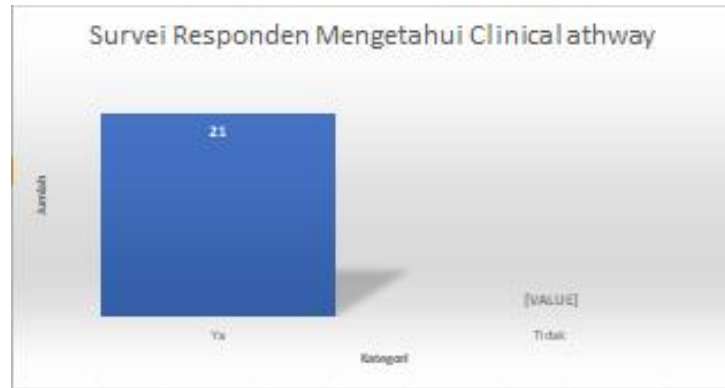
Gambar 39 Kuesioner Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway*

2) Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway*

Kuesioner yang telah disusun kemudian diisi oleh responden melalui link : <https://forms.gle/CpXagP2m6ZwqHZxc8>

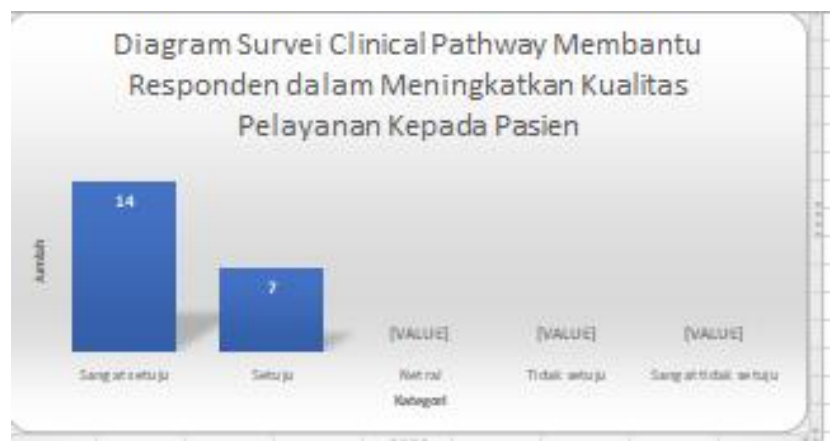
3) Pengolahan Data Kuesioner

Kuesioner yang disebar telah diisi sebanyak 21 responden yang terdiri dari staf administrator, dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang terkait implementasi *Clinical Pathway*



Tabel 12 Hasil Olah Data Kuesioner Pertanyaan ke-1

Menurut Tabel 12, sebanyak 21 orang atau sebesar 100% telah mengetahui tentang implementasi *Clinical Pathway* dan telah dipahami penggunaannya



Tabel 14 Hasil Olah Data Kuesioner Pertanyaan ke-2

Menurut Tabel 14, sebanyak 7 orang setuju dan sebanyak 14 orang sangat setuju bahwa *Clinical Pathway* membantu responden dalam meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien



Tabel 15 Hasil Olah Data Kuesioner Pertanyaan ke-3

Menurut Tabel 15, sebanyak 10 orang masih mengalami hambatan karena kurangnya pelatihan, 8 orang mengalami hambatan karena kurangnya waktu, 2 orang masih mengalami hambatan ketidakjelasan pathway akibat timbulnya varian dan 6 orang mengalami hambatan teknologi.



Tabel 16 Hasil Olah Data Kuesioner Pertanyaan ke-4

Tabel 16, sebanyak 2 orang atau sebesar 5,7% setuju dan sebanyak 33 orang atau sebesar 94,3% sangat setuju bahwa.

- 4) Pembuatan Berita Acara Serah Terima Aksi Perubahan  
Telah dilaksanakan serah terima aksi perubahan kepada Kepala Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari pada tanggal 28 Juni 2024

POLRI DAERAH SULAWESI TENGGARA  
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI

**BERITA ACARA SERAH TERIMA AKSI PERUBAHAN**  
Nomor: BA/ 34 /DIK.2.5./VII/2024

-----Pada hari ini Senin, tanggal Satu Juli tahun Dua Ribu Dua Puluh Empat pukul 13.00 WIB, bertempat di Ruang Kerja Karumkit Bhayangkara TK.III Kendari, saya **dr. WA ODE SARSINA**-----Pangkat PENATA-----  
-----NIP 198611262019022001-----

Jabatan PS. KAUR YANMED SUBBID YANMEDDOKPOL RUMKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI BIDOKKS POLDA SULTRA telah menyerahkan **DOKUMEN AKSI PERUBAHAN BERUPA BUKU SOP CLINICAL PATHWAY DAN PANDUAN PELAKSANAANYA UNTUK KARUMKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI BIDOKKS POLDA SULTRA**-----  
-----Dokumen tersebut di atas diserahkan kepada:-----

Nama : Dr. dr. ROMMY SEBASTIAN, M.Kes., MH  
Pangkat/NRP: AJUN KOMISARIS BESAR POLISI / 75081286  
Jabatan : KARUMKIT BHAYANGKARA TK.III KENDARI

Bahwa dalam penyerahan dokumen tersebut disaksikan oleh:  
-----PENATA TK.I ABIDIN, S.ST., M.Kes NIP 197906212005011007 (KASUBBID YANMEDDOKPOL RUMKIT BHAYANGKARA TK.III, KENDARI)-----

Demikian Berita Acara ini dibuat dengan sebenar-benarnya, dan untuk mengustakan yang menerima, menyerahkan serta yang menyaksikan penyimpanan dokumen tersebut di atas membutuhkan tanda tangannya di bawah ini.

Yang menyerahkan,  
PESERTA PKP  
  
dr. WA ODE SARSINA  
PENATA NIP 198611262019022001

Yang menerima,  
KARUMKIT  
  
Dr. dr. ROMMY SEBASTIAN, M.Kes., MH  
AKBP NRP 75081286

Saksi  
  
ABIDIN, S.ST., M.Kes  
PENATA TK.I NIP 197906212005011007

Gambar Berita Acara Serah Terima

#### e) Nilai Tambah Bagi Organisasi

Beberapa nilai tambah yang didapatkan Rumah Sakit Bhayangkara TK.III. Kendari jika menerapkan *Clinical Pathway* ini adalah :

- 1) Dengan adanya SOP pengisian *clinical pathway* membantu petugas dalam pengisian lembar *clinical pathway* yang awalnya 1 jam menjadi 15 menit;
- 2) Mewujudkan laporan audit mutu yang tadinya tidak ada menjadi ada (meningkatkan kinerja tim audit menjadi 100%);
- 3) Biaya rawat inap pasien yang awalnya Rp.4.000.000,- menjadi Rp.3.000.000,-.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. SIMPULAN**

1. Bahwa implementasi aksi perubahan dapat diwujudkan melalui tahapan-tahapan kegiatan, dari sejak tahapan persiapan/ pembentukan tim efektif sampai dengan diwujudkannya 2 (dua) Keputusan yang mendukung aplikasi SI PINTAR, yaitu :
  - a. Surat Keputusan Kepala Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan HAM Nomor : W.7-7641.KU.02.01 Tahun 2023 tanggal 26 Oktober 2023 tentang Penerapan Standar Operasional Prosedur, *Digital Checklist*, dan Lembar Verifikasi dalam Pelaksanaan Pengelolaan Keuangan pada Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan HAM Kepulauan Bangka Belitung
  - b. Pernyataan Keberlanjutan Aksi Perubahan yang menyatakan menerima keberlangsungan inovasi Optimalisasi Clinical Pathway untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari
2. Terlaksananya aksi perubahan selain didukung oleh komitmen yang kuat dari pimpinan dan tim efektif juga adanya dukungan dari stakeholder internal maupun stakeholder eksternal;
3. Dengan dilaksanakannya aksi perubahan dapat dirasakan manfaatnya yaitu :
  - a. Sebagai alat kendali mutu dan kendali biaya Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari;
  - b. Memastikan bahwa tujuan organisasi dicapai dengan efisien dan efisien;
  - c. Mempertanggungjawabkan penggunaan pengelolaan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan publik kepada pemerintah dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan;
  - d. Memperoleh pelayanan medis yang sesuai standar;

- e. Meningkatnya kepuasan pasien dan keluarga yang dirawat di Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari.

## **B. REKOMENDASI**

1. Agar aksi perubahan ini dapat berlanjut secara berkesinambungan sehingga akan mencapai indikator pasca pelatihan yang telah direncanakan.
2. Adanya dukungan anggaran yang didukung DIPA Rumah Sakit Bhayangkara TK.III Kendari terhadap rencana pengembangan Clinical Pathway dalam bentuk digital.

Bandung, Juli 2024  
PESERTA PELATIHAN  
KEPEMIMPINAN PENGAWAS  
TA. 2024

dr. WA ODE SARSINA.  
NOSIS 20240307030678

## DAFTAR PUSTAKA

- Undang-Undang No 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik;
- Ancok, D., Hendrojuwono, W., dan Hartanto, F. D. 2014. "Mengapa Kita Perlu Memberikan Pelayanan yang Baik". Makalah dipresentasikan dalam Focus Group Discussion, LAN-RI, Jakarta, Juni.
- Barbuto, JE. dan Wheeler DW. 2006. *Scale development and construct*
- Barbuto, JE. dan Wheeler DW. 2006. *Scale development and construct clarification of servant leadership*. Group & Organization Management.
- Daft, Richard L., (2010) Diterjemahkan oleh Tita Maria Kanita. New Era of Management. Era Baru Manajemen. Buku 1, Edisi 9. Jakarta: Salemba Empat
- Dwiyanto, Agus. 2010. Manajemen Pelayanan Publik: Peduli, Inklusif, dan Kolaboratif. Yogyakarta: Gamapress. Hardiansyah. 2011. Kualitas Pelayanan Publik. Yogyakarta: Gava Media. Lembaga Administrasi Negara. 2017.
- Dennis, R. 2004. *Development of the Servant Leadership Assesment instrument*. Leadership & Organization Development journal.
- Sendjaya, S. dan Sarros, J. C. 2002. *Servant leadership: Its Origin, Development and Application in Organizations*. Journal of Leadership and Organization Studies.
- Spears, Larry. 2002. *Character and Servant Leadership: Ten Characteristics of Effective, Caring Leaders*. The Journal of Virtues & Leadership.
- Trompenaars, Fons dan Voerman, Ed. 2009. *Servant Leadership across Cultures: Harnessing the strength of the world's most powerful leadership philosophy*. New York: Infinite Ideas Limited.
- Poli, W.I.M. 2011. *Kepemimpinan Stratejik; Pelajaran dari Yunani Kuno hingga Bangladesh*. Makassar: Universitas Hasanuddin.