

**LAPORAN AKSI PERUBAHAN
IMPLEMENTASI SISTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF
TERPADU IGD (SMART IGD) MELALUI PENYEMPURNAAN
DASHBOARD PASIEN IGD BERDASARKAN WAKTU KEBERADAAN**



Disusun oleh:

Nama : Arip Hidayat
NDH : 04
Instansi : RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

**PELATIHAN KEPEMIMPINAN PENGAWAS
BALAI BESAR PELATIHAN KESEHATAN CILOTO
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2024**

LEMBAR PERSETUJUAN
SEMINAR AKSI PERUBAHAN PENINGKATAN KUALITAS
PELAYANAN PUBLIK
PELATIHAN KEPEMIMPINAN PENGAWAS
DI BALAI BESAR PELATIHAN KESEHATAN CILOTO
TAHUN 2024

IMPLEMENTASI SISTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF TERPADU IGD
(SMART IGD) MELALUI PENYEMPURNAAN DASHBOARD PASIEN IGD
BERDASARKAN WAKTU KEBERADAAN

Nama : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
NDH : 04
Instansi : RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

diajukan pada Seminar Aksi Perubahan Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik pada:

Hari : Rabu
Tanggal : 30 Oktober 2024
Tempat : BBPK Ciloto

Menyetujui,

Coach



Dr. Aisyah, MKM
NIP. 19731231200812001

Mentor



Oded Sumarna, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP. 196911121997031001

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN AKSI PERUBAHAN
PELATIHAN KEPEMIMPINAN PENGAWAS
DI BALAI BESAR PELATIHAN KESEHATAN CILOTO
TAHUN 2024

IMPLEMENTASI SISTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF TERPADU IGD
(SMART IGD) MELALUI PENYEMPURNAAN DASHBOARD PASIEN IGD
BERDASARKAN WAKTU KEBERADAAN

Nama : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
NDH : 04
Instansi : RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

diajukan pada Seminar Aksi Perubahan Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik pada:

Hari : Rabu
Tanggal : 30 September 2024
Tempat : BBPK Ciloto

Mengetahui,

Coach



Dr. Aisyah, MKM
NIP. 19731231200812001

Mentor



Oded Sumarna, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP. 196911121997031001

Penguji,



Deny Junanto, SE., M.P.P.,Ph.D
NIP. 197605212000021001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya, kami dapat menyelesaikan laporan Aksi Perubahan dengan judul "Implementasi SMART IGD (Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu IGD) Melalui Penyempurnaan Dashboard Pasien IGD dalam Rangka Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD)". Laporan ini disusun sebagai bagian dari pemenuhan tugas dalam Pelatihan Kepemimpinan Pengawas yang bertujuan untuk meningkatkan kapasitas dan kualitas kepemimpinan dalam mendukung transformasi pelayanan kesehatan.

Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) memiliki peran vital dalam sistem pelayanan kesehatan, di mana kecepatan dan ketepatan dalam penanganan pasien seringkali menentukan keselamatan jiwa. Oleh karena itu, diperlukan sistem monitoring yang responsif dan terpadu untuk memastikan pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar dan dapat diakses secara real-time oleh seluruh tenaga kesehatan terkait. Implementasi SMART IGD diharapkan mampu menjadi solusi dalam meningkatkan efektivitas pengawasan, koordinasi, dan respons dalam penanganan pasien di IGD.

Kami menyadari bahwa penyusunan laporan aksi perubahan ini tidak terlepas dari dukungan dan kontribusi berbagai pihak. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh instruktur, mentor, dan rekan-rekan peserta pelatihan yang telah memberikan masukan dan bimbingan selama proses penyusunan ini.

Penyusun berharap, rancangan aksi perubahan ini dapat menjadi acuan yang bermanfaat dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan di IGD, serta sebagai wujud kontribusi nyata dalam mendukung visi dan misi organisasi serta kebijakan nasional di bidang kesehatan.

Akhir kata, kami menyadari bahwa laporan aksi perubahan ini masih memerlukan penyempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan lebih lanjut.

Ciloto, Oktober 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Gambar	iv
Daftar Tabel	vi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
C. Manfaat Aksi Perubahan	3
D. Ruang Lingkup Aksi Perubahan	4

BAB II PROFIL ORGANISASI

A. Profil Organisasi	5
B. Gambaran Umum Layanan	6
C. Pelayanan Gawat Darurat	8
D. Struktur Organisasi	15

BAB III ANALISA MASALAH

A. Identifikasi Isu Strategis	16
B. Penapisan Isu	17
C. Verifikasi Isu	18
D. Pemetaan Masalah	21
E. Analisa Akar Masalah	23
F. Alternatif Pemecahan Masalah	24
G. Solusi Masalah	24

BAB IV STRATEGI PENYELESAIAN MASALAH

A. Strategi Penyelesaian Masalah	26
B. Peta dan Pemanfaatan Sumber Daya ..	29
C. Strategi Promosi dan Komunikasi Kepada Stakeholder ..	31

D. Pemanfaatan Teknologi Digital	32
E. Manajemen Pengendalian Mutu ..	33
F. Rencana Pengembangan Kompetensi Dalam Aksi Perubahan ..	34
G. Bisnis Model Canvas ..	37
H. Rencana Anggaran Biaya	38
I. Adopsi dan Adaptasi Hasil Study Lapangan	38

BAB V IMPLEMENTASI PERUBAHAN

A. Deskripsi Proses Kepemimpinan	40
B. Deskripsi Hasil Kepemimpinan	50
C. Manfaat Aksi Perubahan	68
D. Keberlanjutan Aksi Perubahan	69
E. Keterkaitan Dengan Mata Pelajaran Pilihan	69
F. Desiminasi dan Publikasi Aksi Perubahan	70
G. Pelaksanaan Pengembangan Potensi Diri..	71

BAB VI PENUTUP 73

Daftar Pustakavii

Lampiran

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung..	15
Gambar 3.1 Alur Pikir Diagnosa Masalah	16
Gambar 3.2 Grafik Kunjungan Pasien IGD RSHS	19
Gambar 3.3 Grafik Capaian Respon Time IGD	19
Gambar 3.4 Grafik Capaian Decision Time IGD	20
Gambar 3.5 Grafik Capaian LOS IGD < 4 Jam	20
Gambar 3.6 Grafik Persentase Kematian IGD \leq 8 Jam	21
Gambar 3.7 Analisa Akar Masalah	23
Gambar 4.1 Alur Pikir dan Milestone Strategi Penyelesaian Masalah	27
Gambar 4.2 Pemetaan Stakeholder	31
Gambar 5.1 Konsultasi dengan Mentor..	50
Gambar 5.2 Konsultasi dengan Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang..	51
Gambar 5.3 Konsultasi dengan Direktur Layanan Umum dan Operasional	51
Gambar 5.4 Sosialisasi Rencana Aksi Perubahan Kepada Staf IGD	52
Gambar 5.5 SK Tim Efektif.....	53
Gambar 5.6 Rapat Dengan Tim Efektif	54
Gambar 5.7 Rapat Penyusunan Bisnis Proses Pelayanan IGD	55
Gambar 5.8 Proses Bisnis Pelayanan Pasien IGD	55
Gambar 5.9 Proses Pembuatan Mock Up Dashboard.....	56
Gambar 5.10 Desain Mock Up	56
Gambar 5.11 Tampilan Dashboard Row Pertama.....	57
Gambar 5.12 Tampilan Dashboard Row Kedua..	57
Gambar 5.13 Tampilan Dashboard Row Ketiga.....	56
Gambar 5.14 Rapat Persiapan Uji Coba Operasionalisasi Dashboard	60
Gambar 5.15 SOP Alur Pelayanan Pasien IGD	62
Gambar 5.16 Juknis SMART-IGD.....	63
Gambar 5.17 Edaran Implementasi Alur Pelayanan Pasien IGD	64
Gambar 5.18 Sosialisasi Implementasi Alur Pelayanan Pasien IGD	64
Gambar 5.19 Evaluasi Implementasi Alur Pelayanan IGD	66
Gambar 5.20 Sosialisasi Juknis dan SOP Alur Pelayanan Pasien IGD Tahap 1	66
Gambar 5.21 Sosialisasi Juknis dan SOP Alur Pelayanan Pasien IGD Tahap 2.....	63

Gambar 5.22 Grafik Capaian LOS Pasien IGD < 4 Jam	68
Gambar 5.23 Proses Pengembangan Kompetensi Diri	72

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Penapisan Isu menggunakan Metode APKL	15
Tabel 3.2 Penetapan Prioritas Isu menggunakan USG	16
Tabel 3.3 Pemetaan Masalah Berdasarkan Input-Proses-Output.....	22
Tabel 3.4 Alternatif Pemecahan Masalah.....	24
Tabel 3.5 Tapisan Alternatif Solusi Pemecahan Masalah	25
Tabel 4.1 Rincian Rencana Kegiatan	27
Tabel 4.2 Pemetaan Sumber Daya	29
Tabel 4.3 Susunan Tim Efektif.....	30
Tabel 4.4 Strategi Promosi dan Komunikasi Stakeholder	32
Tabel 4.5 Tabel Pemanfaatan Teknologi Digital	32
Tabel 4.6 Manajemen Pengendalian	33
Tabel 4.7 Rencana Pengembangan Kompetensi Tim Efektif.....	34
Tabel 4.8 Rencana Anggaran Biaya	38
Tabel 5.1 Perbaikan Kinerja Pelayanan	34
Tabel 5.2 Penerapan Strategi Komunikasi	38

Executive Summary

Proyek aksi perubahan ini bertujuan untuk meningkatkan kinerja pelayanan di IGD melalui implementasi Sistem Monitoring Aktif Dan Responsif Terpadu (SMART-IGD) melalui penyempurnaan dashboard pasien berdasarkan waktu keberadaan pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Dalam lingkungan IGD yang dinamis, tantangan terkait pemantauan real-time terhadap kondisi dan durasi keberadaan pasien mempengaruhi efisiensi layanan dan keselamatan pasien. Oleh karena itu, pengembangan dashboard yang mampu menampilkan data waktu keberadaan pasien secara akurat dan informatif diharapkan dapat mempercepat deteksi pasien yang membutuhkan tindakan segera, meminimalkan waktu tunggu, dan meningkatkan ketepatan intervensi medis.

Melalui penerapan sistem ini, data keberadaan pasien akan ditampilkan secara lebih transparan dan terstruktur, memungkinkan tim medis mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi berdasarkan durasi keberadaan mereka di IGD. Dengan warna-warna yang berbeda untuk setiap durasi waktu akan meningkatkan alert untuk petugas yang bekerja di IGD, dalam memberikan tatalaksana lanjutan sesuai kebutuhan pasien. Dengan demikian, optimalisasi alur layanan darurat dapat dicapai, yang berdampak positif pada kualitas layanan dan kepuasan pasien. Hasil dari proyek ini diharapkan menciptakan IGD yang lebih responsif, efisien, dan sesuai dengan prinsip keselamatan pasien, serta mengurangi stagnasi pasien di IGD.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020 - 2024, ditetapkan Visi Presiden dan Wakil Presiden RI 2020 - 2024 yaitu "Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian berlandaskan Gotong Royong". Visi ini kemudian dijabarkan dalam Sembilan Misi yaitu : Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia; Struktur Ekonomi yang Produktif, Merata dan Berdaya Saing; Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan; Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan; Kemajuan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa; Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat dan Terpercaya; Perlindungan Bagi Segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga; Pengelolaan Pemerintah yang Bersih, Efektif, dan Terpercaya; Sinergi Pemerintah Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan. (Menpan.go.id)

Visi dan Misi ini kemudian dipertajam lagi dengan arahan dari Presiden Republik Indonesia terkait perubahan arah reformasi birokrasi dengan adanya penerapan reformasi birokrasi berdampak yang mencakup empat tema nasional, yaitu : 1) Pengentasan kemiskinan; 2) Peningkatan investasi; 3) Digitalisasi administrasi pemerintahan; dan 4) Percepatan prioritas aktual presiden.

Dalam Upaya merealisasikan visi Presiden 2020-2024 dan arahan penerapan reformasi birokrasi tersebut dibidang kesehatan, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan, yaitu "Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri, dan Berkeadilan". (kemkes.go.id). Visi ini diwujudkan melalui transformasi sistem kesehatan untuk mengubah sistem kesehatan yang sudah ada agar dapat lebih efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan, memperluas aksesibilitas, dan mengurangi disparitas dalam kesehatan antar wilayah. Ada 6 pilar transformasi kesehatan Indonesia yang terdiri atas Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, dan Transformasi Teknologi Kesehatan.

Berdasarkan pilar transformasi kesehatan di atas, Rumah Sakit termasuk pada pilar Transformasi Pelayanan Rujukan, yang mana telah dijelaskan tujuannya melalui UU No

17 Tahun 2023 tentang Pelayanan Kesehatan yaitu menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat. Hal ini diperinci di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagai Unit Pelaksana Teknis Bidang Pelayanan Kesehatan Rujukan sebagaimana diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2022 menyelenggarakan fungsi yang di antaranya adalah pengelolaan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan, dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat; pengelolaan pelayanan nonmedis; pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien.

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung masih menghadapi beberapa tantangan di antaranya dalam penyelenggaraan pelayanan gawat darurat, di mana saat ini masih terjadi keterlambatan dalam pemberian keputusan untuk pasien yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) sehingga terjadi stagnasi pasien di IGD dan menyebabkan tidak tercapainya standar waktu pelayanan di IGD yaitu *Length Of Stay* (LOS) pasien IGD < 4 Jam. Sehingga diperlukan Langkah-langkah rencana aksi perubahan atau inovasi untuk meningkatkan kinerja pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung, terutama untuk mengatasi stagnasi pasien IGD sehingga pasien dapat menerima pelayanan lanjutan secara cepat.

B. Tujuan

Tujuan dari rencana aksi perubahan ini adalah untuk meningkatkan kinerja pelayanan di Instalasi Gawat Darurat agar sesuai standar sehingga terciptanya pelayanan gawat darurat yang efektif dan efisien demi terwujudnya keselamatan pasien dan meningkatnya kepuasan Masyarakat sebagai pengguna layanan. Adapun tujuan itu dapat dirinci sebagai berikut :

1. Tujuan Jangka Pendek

- a. Terbentuknya tim efektif pemberian pelayanan gawat darurat melalui Sistem Monitoring Aktif dan Responsif Terintegrasi untuk IGD (SMART-IGD).
- b. Tersedianya standar / alur pelayanan gawat darurat yang mudah dipahami.
- c. Tersusunnya desain penyempurnaan *dashboard* Sistem Monitoring Aktif dan Responsif Terintegrasi untuk IGD (SMART-IGD)

- d. Terimplementasinya *dashboard* Sistem Monitoring Aktif dan Responsif Terintegrasi untuk IGD (SMART-IGD)Ter
2. Tujuan Jangka Menengah
 - a. Terwujudnya Sistem Monitoring Aktif dan Responsif Terintegrasi untuk IGD (SMART-IGD).
 - b. Terwujudnya pelayanan IGD berdasarkan standar dengan terpenuhinya LOS Pasien IGD < 4jam.
 - c. Terurainya stagnasi di IGD, sehingga pasien dapat menerima pelayanan lanjutan dengan cepat.
 3. Tujuan Jangka Panjang
 - a. Terintegrasinya SMART-IGD dengan Rekam Medik Elektronik (RME).
 - b. Terintegrasinya SMART-IGD dengan Sistem Rujukan Terpadu (Sirute)

C. Manfaat Aksi Perubahan

1. Bagi Masyarakat
 - a. Mendapatkan pelayanan yang lebih cepat, efektif, dan efisien, sehingga biaya yang dikeluarkan pasien untuk pelayanan di IGD dapat dikurangi.
 - b. Mengurangi stagnasi atau penumpukan pasien di IGD, sehingga stresor pasien dapat dikurangi.
 - c. Pasien dapat menerima pelayanan lanjutan di ruangan rawat inap atau ruang intensif atau kamar operasi secara lebih cepat.
 - d. Meningkatkan mutu dan keselamatan serta kenyamanan pasien saat mendapatkan penatalaksanaan ke gawat daruratan.
2. Bagi Perawat
 - a. Terdapatnya kejelasan alur pelayanan pasien di IGD.
 - b. Meningkatkan kompetensi, profesionalisme, dan kepuasan kerja melalui tanggung jawab yang lebih jelas dan terstruktur.
 - c. Memberikan kemudahan dalam melakukan monitoring keberadaan pasien yang dirawat di IGD, serta memberikan tindak lanjut sesuai dengan standar.
 - d. Meningkatkan kenyamanan dan mengurangi kelelahan perawat dalam melaksanakan pekerjaan dengan mengurangi kesemrawutan di IGD.
3. Bagi Pimpinan/ Rumah Sakit

- a. Meningkatnya efisiensi penggunaan obat, Barang Medis Habis Pakai (BMHP), sehingga biaya operasional di IGD dapat dikurangi. Hal ini berdampak kepada peningkatan pendapatan RS.
 - b. Meningkatnya kepuasan pasien, karena pelayanan di IGD cepat dan akurat.
 - c. Meningkatnya loyalitas pasien dan Masyarakat.
4. Bagi Peserta Pelatihan
- a. Mengimplementasikan materi pelatihan kepemimpinan pengawas.
 - b. Melaksanakan program inovasi pelayanan di lingkungan tempat bekerja.
 - c. Meningkatkan kemampuan manajerial pelaksanaan tugas.

D. Ruang Lingkup Aksi Perubahan

Optimalisasi Alur Pelayanan IGD melalui Sistem Monitoring Aktif dan Responsif Terintegrasi untuk IGD (SMART-IGD) mencakup penyusunan atau penyempurnaan standar dan regulasi alur pelayanan IGD, peningkatan kompetensi perawat serta penyempurnaan *dashboard* pasien IGD melalui penambahan fitur yang memudahkan tenaga Kesehatan khususnya perawat melakukan pemantauan dan penatalaksanaan secara aktif dan responsif kepada pasien sesuai dengan alur yang telah ditetapkan. Selain itu adalah penyusunan Standar Operasional Prosedur Alur Pelayanan Pasien di IGD.

BAB II PROFIL ORGANISASI

A. Profil Organisasi

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Sejak diresmikan pada tahun 1923, RSHS telah berkembang menjadi rumah sakit besar di Jawa Barat yang berfungsi sebagai Rumah sakit Rujukan Puncak untuk Provinsi Jawa Barat dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan utama bagi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya. Pada tanggal 18 Oktober 2004 RSHS ditetapkan oleh Departemen Kesehatan sebagai Rumah Sakit Kelas A. Sesuai dengan PP No. 23 Tahun 2005 dan berdasarkan SK Menkes RI No. 861/ Menkes/VI/2005, RSHS telah berubah status dari Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi institusi yang menerapkan Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung berlokasi di Jalan Pasteur No 38 Bandung dengan luas tanah 87.200 m² yang mudah dijangkau dari berbagai arah. Sejalan dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran (IPTEKDOK) dan tuntutan masyarakat yang semakin meningkat terhadap mutu pelayanan yang lebih baik, RSHS telah memiliki Master plan yang dibuat pada tahun 1995 dan direvisi tahun 2024. Master Plan tersebut memperhitungkan kebutuhan pelayanan medis dan pendidikan untuk 25 tahun ke depan, yang memuat *Integrated Physical Building and Management Concept* untuk Model Rumah Sakit Pendidikan.

RSHS memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan medis spesialisik dan subspecialistik luas. Pelayanan spesialisik yang diberikan terdiri dari pelayanan umum, 26 pelayanan spesialisik dan 133 pelayanan subspecialistik. Didalam menjalankan Tugas dan Fungsinya telah ditetapkan Visi dan Misi sebagai penjabaran dari Visi dan Misi Kementerian Kesehatan yaitu:

1. VISI

“Menjadi Rumah Sakit yang Mandiri Dengan Pelayanan Prima Pada Tahun 2024”

2. MISI

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Paripurna dan Prima Yang Terintegrasi Dengan Pendidikan dan Penelitian.
- b. Meningkatkan Pelayanan Revenue Center Rumah Sakit
- c. Menyelenggarakan Pengampunan Strata Rumah Sakit Jejarig.

3. NILAI-NILAI

Nilai-nilai utama (*core values*) yang dijadikan sebagai pedoman oleh seluruh pegawai RSHS dalam memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian adalah: PAMINGPIN PITUIN (Kepemimpinan, profesional, inovatif, tulus, Unggul, Integritas) dengan uraian sebagai berikut :

- Kepemimpinan
Nilai yang menggambarkan kepeloporan dan menyampaikan talenta – talenta terbaik di bidannya.
- Profesional
Nilai yang berorientasi pada pencapaian kinerja melalui penjalinan kemitraan.
- Inovatif
Nilai yang menggambarkan keinginan untuk menghasilkan suatu yang baru dan senantiasa melakukan perbaikan secara berkesinambungan.
- Tulus
Keinginan untuk memberi tanpa pamrih, proaktif dan responsif.
- Unggul
Keinginan untuk menjadi yang terbaik dan menghasilkan kualitas prima.
- Integritas
Nilai yang menggambarkan kejujuran, amanah dan menjunjung etika yang ditunggu dalam menjalankan tugas.

4. MOTTO

Moto RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah “Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami” (*Your Health is Our Priority*)

B. Gambaran Umum Layanan direktorat Medik dan Keperawatan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Secara umum, pelayanan medis dan pelayanan keperawatan berada dalam koordinasi Direktorat Medik dan Keperawatan. Direktorat Medik dan Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medik dan keperawatan serta peningkatan mutu layanan kesehatan rumah sakit. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Direktorat Medik dan Keperawatan menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan sistem layanan medik dan layanan keperawatan.
2. Koordinasi pelaksanaan pelayanan medik dan pelayanan keperawatan, *utilisasi* peralatan medik dan keperawatan serta sarana penunjang
3. Pengendalian, pengawasan dan evaluasi mutu pelayanan medik, pelayanan keperawatan dan sarana penunjang secara berkesinambungan.

Dalam proses penyelenggaraan pelayanan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung telah ditetapkan standar kompetensi jabatan fungsional tenaga kesehatan, di antaranya:

1. Dokter Spesialis/Dokter Pendidik Klinis terdiri dari dokter penyakit dalam, obsteri dan ginekologi, anak, bedah, bedah saraf, orthopedi dan traumatologi, bedah mulut, saraf/neurologi, THT-KL, anestesi, rehabilitasi medik, kulit dan kelamin, psikiatri, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, kedokteran nuklir, forensik, farmakologi klinik, gigi spesialis, kardiologi, dan radioterapi)
2. Dokter terdiri dari dokter umum dan dokter gigi
3. Perawat terdiri dari perawat dan bidan.
4. Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari Pranata Laboratorium Kesehatan, Radiografer, Perekam Medik, Psikolog Klinis, Pekerja Sosial Medik, Fisioterapis, Terapis Wicara, Okupasi Terapis, Administrator Kesehatan, Ortosis Prostetis, Teknisi Elektromedis, Sanitarian, Fisikawan Medis, Penyuluh Kesehatan Masyarakat, Nutrisisionis, Asisten Penata Anestesi, Teknisi Kesehatan Gigi, Teknisi Transfusi Darah, Epidemiolog Kesehatan, Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, Pengelola Keperawatan, Pengelola Kebidanan.

Sebagai Rumah Sakit Rujukan Puncak untuk daerah Jawa Barat dan sekitarnya, pasien yang datang ke RSHS dapat berasal dari rujukan Rumah Sakit Daerah, Puskesmas, rujukan praktik dokter, ataupun datang sendiri. Rujukan pasien dan bahan pemeriksaan ke RSHS dapat berupa:

1. Rujukan horizontal yaitu dari Rumah Sakit kelas A baik swasta maupun pemerintah dan Rumah Sakit khusus;
2. Rujukan vertikal yaitu rujukan yang berasal dari Rumah Sakit kelas B, C, D. Dapat juga rujukan langsung dari puskesmas dengan alasan geografis dimana jarak dari Puskesmas ke RSHS lebih dekat dibandingkan dengan ke Rumah Sakit daerah setempat, atau dengan pertimbangan bahwa kasus tersebut memerlukan penanganan secara spesialisik atau *subspesialisik* yang tidak tersedia di Rumah Sakit daerah setempat;

3. Rujukan intern yaitu rujukan antar klinik di IRJ, rujukan dari IGD ke IRJ atau sebaliknya, dan rujukan dari Rawat Inap ke IRJ RSHS.

Mengacu pada panduan sistem rujukan RSHS, pelayanan rujukan ini seharusnya dilaksanakan secara berjenjang mengikuti prosedur rujukan yang telah ditetapkan.

Berdasarkan cara pembiayaan atau cara bayar, pasien yang datang ke RSHS dapat berupa pasien umum dengan pembiayaan sendiri, pasien peserta BPJS Kesehatan, kontraktor, pasien dengan jaminan pembiayaan dari pemerintah Daerah (Jamkesda), dan pasien dengan pembiayaan lainnya. Pasien dengan pembiayaan BPJS mengikuti panduan pelayanan pasien BPJS kesehatan yang telah ditetapkan.

Pelayanan di RSHS berupa pelayanan rawat jalan (*ambulatory services*), maupun berupa pelayanan rawat inap (*hospitalization*). *Hospital based ambulatory care, terdiri dari:*

1. Pelayanan Gawat Darurat (*emergency services*).
2. Pelayanan Rawat Jalan (*outpatient services*).
3. Pelayanan Rujukan (*referral services*).
4. Pelayanan Bedah Jalan (*ambulatory surgery services*).

C. Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat diselenggarakan oleh Instalasi Gawat Darurat yang dipimpin oleh seorang dokter sebagai Kepala Instalasi Gawat Darurat. Penyelenggaraan pelayanan gawat darurat di RSHS dilaksanakan secara terus menerus selama 24 jam, 7 hari dalam seminggu.

Pelayanan gawat darurat mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tanggal 25 September 2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit, dimana sebagai rumah sakit kelas A, RSHS melaksanakan pelayanan gawat darurat level IV. Standar pelayanan level IV adalah memberikan pelayanan sebagai berikut:

1. Diagnosis dan penanganan permasalahan pada Airway, Breathing, Circulation dengan alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator
2. Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi
3. Observasi di ruang setera HCU dan ruang resusitasi
4. Melakukan operasi tindakan emergensi
5. Transportasi ambulans

IGD RSHS memiliki fasilitas mobil ambulans dengan dilengkapi petugas ambulans yang dilengkapi dengan perawat yang memiliki pengetahuan dan keterampilan kegawat darurat. Pelayanan gawat darurat dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang merupakan salah satu unit organik di lingkungan RSHS yang berada dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Medik dan Keperawatan yang bertugas untuk:

1. Menyelenggarakan pelayanan medis pasien gawat darurat yaitu pasien dengan ancaman kematian atau anggota badannya (akan menjadi cacat) atau akan menjadi gawat bila tidak mendapatkan pertolongan segera, pasien tidak gawat tetapi memerlukan tindakan darurat tetapi tidak ada ancaman nyawa dan anggota badannya, dan pasien tanpa ancaman jiwa dan tidak memerlukan tindakan segera.
2. Mengelola pelayanan khusus seperti Ambulans, Tim kesehatan Mobile, dan VVIP serta siaga bencana.
3. Bersama dengan Bidang Pendidikan dalam mengelola pelatihan penanganan pasien gawat darurat.

IGD RSHS memiliki kemampuan:

1. Melakukan pemeriksaan awal dan penanganan terpadu kasus-kasus gawat darurat
2. Melakukan tindakan resusitasi pasien-pasien gawat darurat
3. Melakukan proses stabilisasi pasien-pasien gawat darurat

Sarana yang tersedia untuk pelayanan gawat darurat terdiri dari:

1. Ruang Triage
2. Ruang Resusitasi
3. Ruang Tindakan yaitu Tindakan Bedah, Medikal, Anak serta Obygn
4. Ruang Isolasi untuk pasien infeksi
5. Ruang Dekontaminasi
6. Ruang Observasi

Sesuai dengan standar pelayanan di IGD, maka sumber daya manusia yang memberikan pelayanan di IGD adalah sebagai berikut:

1. Jaga on call dokter spesialis
2. Jaga on site spesialis bedah, penyakit dalam, anestesi, kebidanan dan kandungan dan dokter spesialis ilmu kesehatan anak
3. Jaga on site PPDS dari semua KSM
4. Dokter umum dengan sertifikasi Pelatihan Kegawat daruratan, GELS, ATLS atau ACLS

5. Perawat kepala S1 dan D3 dengan sertifikasi pelatihan kegawatdaruratan, *Emergency Nursing*/PPGD/BTCLS, ATLS atau ACLS
6. Perawat dengan sertifikasi Pelatihan *Emergency Nursing*/PPGD/BTCLS
7. Tenaga non medis, satuan pengamanan (satpam), cleaning service dan pekarya.

Batasan Operasional dalam Pelayanan Gawat Darurat antara lain:

 1. Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.
 2. Gawat adalah keadaan yang mengancam nyawa.
 3. Darurat yaitu keadaan pasien yang memerlukan pertolongan segera.
 4. Triase adalah sistem penilaian untuk menentukan tingkat kegawatan pasien untuk mendapatkan prioritas pelayanan medis gawat darurat. Kriteria triase dibagi menjadi 2 kelompok utama, yaitu pasien dewasa dan pasien anak, yang masing-masing kelompok terbagi menjadi 5 kategori:
 - a) Kategori 1 – Resusitasi (0 menit/segera) – Label Merah
 - b) Kategori 2 – Emergensi (10 menit) – Label Merah
 - c) Kategori 3 – Gawat (30 menit) – Label Kuning
 - d) Kategori 4 – Sedikit Gawat (60 menit) – Label Kuning
 - e) Kategori 5 – Tidak Gawat (120 menit) – Label Hijau
 5. E-Triage adalah aplikasi rekam medis elektronik berbasis web untuk ruang triage.
 6. E-MR adalah aplikasi rekam medis elektronik berbasis web. Pemanfaatannya di IGD adalah di ruangan tindakan IGD.
 7. Pasien Gawat Darurat adalah pasien yang masuk Kategori 1 – 2 (Label Merah), baik pasien dewasa ataupun anak.
 8. Pasien Darurat Tidak Gawat adalah pasien yang masuk Kategori 3 – 4 (Label Kuning), baik pasien dewasa ataupun anak.
 9. Pasien Tidak Gawat Tidak Darurat adalah pasien yang masuk Kategori 5 (Label Hijau), baik pasien dewasa ataupun pasien anak.
 10. Konsulen On-Site adalah dokter spesialis yang memiliki memiliki STR, SIP, Kewenangan Klinik, dan Penugasan Klinik di RSHS yang masih berlaku. Jadwal jaga konsulen on-site diatur oleh KSM terkait. Uraian tugas konsulen on-site mengacu pada Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin No. HK.03.06/E013/2044/II/2013 tentang Pedoman Konsulen On-Site Instalasi Gawat Darurat.

11. Respons time adalah waktu yang dihitung sejak pasien datang dan terdaftar di IGD sampai dokter melakukan pemeriksaan dan selesai mengisi e-triase. Standar waktu yang ditetapkan untuk selesai melakukan proses diatas adalah ≤ 8 menit.
12. Decision time adalah waktu yang dihitung sejak pasien terdaftar di IGD sampai dokter memutuskan apakah pasien tersebut akan menjalani rawat inap, operasi atau pulang. Standar waktu yang ditetapkan untuk pengambilan keputusan adalah $\leq 2 \times 60$ menit.
13. Length of Stay IGD adalah waktu yang dihitung sejak pasien terdaftar sampai pasien keluar dari IGD. Standar waktu yang ditetapkan adalah 4×60 menit.

IGD RSHS memiliki peralatan komunikasi berupa:

1. Line telepon langsung dengan No. 022-2033925 (Kantor Sekretariat IGD), 022-2037066 (Nurse Station).
2. 1 line fax dengan no. 022-2033925.
3. SMS Hot line IGD : 08112118118
4. Komunikasi intra rumah sakit menggunakan nomor ekstension 2514 (Nurse Station), 2515 (Triage), 2510 (IGD 2), 2525 (IGD Obgyn), 2520 (IHC), 2517 (Posko ambulans), 2540 (Kantor Staf) dan 2541(Kantor Sekretariat IGD).
5. Bekerjasama dengan ORARI menggunakan radio komunikasi dengan call sign YC1ZHA di frekuensi 14.750 MHz (bila ada bencana atau keadaan darurat khusus lainnya).

Kebijakan Pelayanan Pasien di IGD:

1. Pelaksanaan pelayanan selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
2. Pelayanan dilaksanakan sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional yang berlaku.
3. Pelayanan dilaksanakan sesuai dengan etika profesi, menghormati hak pasien, serta sesuai dengan peraturan yang berlaku.
4. Pelayanan diberikan secara seragam berdasarkan panduan pelayanan dan panduan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan pasien tanpa membedakan kemampuan bayar atau kelas perawatan pasien.
5. Pelayanan medis pasien di bawah tanggung jawab DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan).
6. Sumber Daya Manusia (SDM) yang melayani di IGD RSHS sesuai dengan kriteria IGD Level IV, yaitu:
 - a) Dokter spesialis on site (Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam, dan Anestesi)
 - b) Dokter spesialis lain dan subspesialis on call.

- c) Dokter PPDS, dokter umum dengan pelatihan kegawatdaruratan on site.
 - d) Perawat dengan pelatihan kegawatdaruratan on site.
 - e) Tenaga non medis (keuangan, Keamanan, Pekarya, dll) on site.
7. Pelayanan di IGD RSHS memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
 8. Skrining dilakukan oleh dokter dan perawat yang bertugas di IGD kepada semua pasien yang masuk ke IGD berdasarkan kriteria triase di IGD, evaluasi visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik atau hasil dari pemeriksaan fisik, psikologi, laboratorium klinik atau diagnostik imaging yang sudah ada sebelumnya. Kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.
 9. Petugas juga mengidentifikasi pasien yang memiliki hambatan/keterbatasan pada populasi.
 10. Setiap pasien yang masuk IGD dipasangkan gelang identitas pasien, dan identifikasi dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 11. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD. (*Response time*)
 12. Semua pasien IGD diskruining untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyerinya.
 13. Semua pasien di IGD diskruining untuk risiko jatuh.
 14. Pasien di skrining untuk risiko gizi, bila pasien memiliki risiko gangguan gizi maka dirujuk ke ahli gizi untuk penilaian lebih lanjut.
 15. Rencana dan pelaksanaan pelayanan terintegrasi dan terkoordinasi antar unit kerja pelayanan yang terkait sesuai kebutuhan pasien serta dicatat dalam rekam medik pasien.
 16. Keputusan untuk penatalaksanaan pasien di IGD harus dilakukan dalam waktu 2 jam semenjak pasien masuk IGD. (*Decision Time*)
 17. Pasien yang mendapatkan pelayanan di IGD RSHS, dikelompokkan menjadi 3 (tiga) kategori, yaitu:
 - a) Kategori I
 - Pasien kategori I adalah pasien yang karena kegawatdaruratannya memerlukan stabilisasi serta pemeriksaan untuk menetapkan keputusan penatalaksanaannya (*decision*).
 - Pasien ini ditangani di ruang resusitasi atau ruang tindakan IGD.

b) Kategori II

- Kategori II adalah pasien yang telah ditegakkan diagnosis medisnya atau keputusan penatalaksanaannya tetapi masih memerlukan observasi di IGD.
- Pasien ini ditangani di ruang observasi IGD maksimal 8 jam sejak masuk IGD.

c) Kategori III

- Kategori III adalah pasien yang telah ditegakkan diagnosisnya/ keputusan penatalaksanaannya dan atau pasien yang telah ditangani di IGD lebih dari 8 jam sejak masuk IGD yang memenuhi kondisi salah satu di bawah ini, yaitu :
 - 1) Pasien yang diperbolehkan pulang namun masih menunggu proses pemulangan. Contohnya: masalah administrasi atau penjemputan pulang.
 - 2) Pasien dengan rencana perawatan di PPK 2 atau PPK 1 yang masih mempunyai masalah terkait penerimaan pasien di rumah sakit rujukan. Hal ini termasuk untuk kasus rujukan balik atau alih rawat.
 - 3) Pasien dengan indikasi rawat di RSHS yang belum mendapat ruangan rawat inap.
 - Pasien Kategori III b dan III c ditempatkan di ruang transit dan menjadi tanggung jawab Instalasi Rawat Inap.
 - Pasien kategori III b sedapatnya dalam waktu 2x24 jam sudah di rujuk ke PPK II atau I.
 - Kategori IIIb dan III c mendapat pelayanan medis, keperawatan dan gizi yang sesuai dengan kondisi pasien dan dicatat dalam buku rekam medis rawat inap. Pasien mendapat asuhan gizi setelah dilakukan skrining gizi oleh perawat. Makanan di order dalam buku DPMP (Daftar Permintaan Makanan Pasien) berdasarkan preskripsi dokter/ dietisien. Makanan disajikan oleh petugas gizi.
 - Rekam medis pasien di ruang transit menggunakan rekam medis rawat inap dengan penamaan sesuai ruang perawatan yang dituju. DPJP sesuai dengan DPJP berdasarkan ruangan yang dituju.

18. Apabila pasien mengalami penundaan pelayanan (penundaan: proses admisi, transfer, menunggu hasil laboratorium atau pemeriksaan lainnya, penanganan atau pengobatan, konsultasi, atau proses pemulangan pasien), maka pasien atau keluarga diberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan, serta alternatif atau opsi yang tersedia sesuai dengan kebutuhan pasien. Petugas IGD tetap melakukan

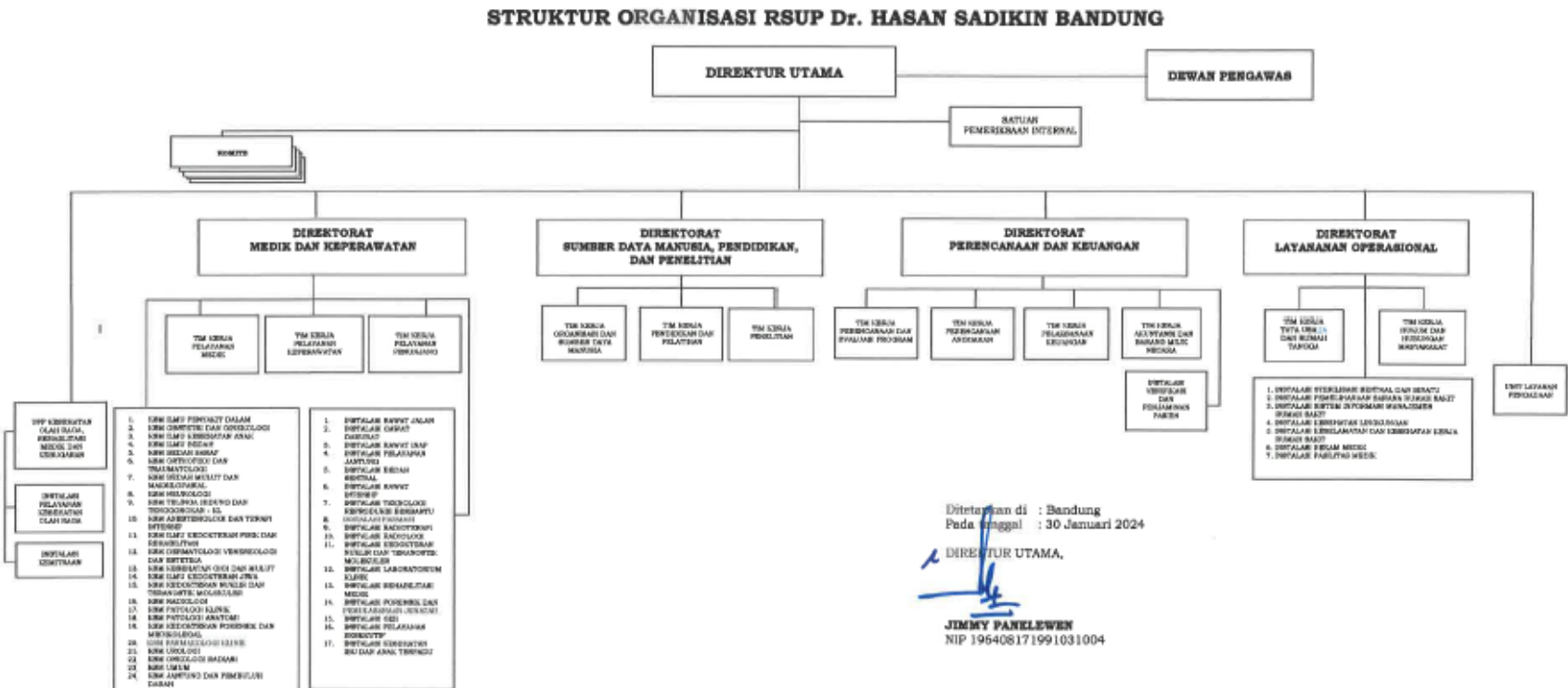
monitoring kondisi pasien dan memperhatikan kebutuhan klinisnya pada waktu menunggu atau penundaan pelayanan

19. Apabila pasien dengan indikasi rawat namun tidak tersedia tempat tidur di ruang perawatan yang dituju, maka pasien dialihkan ke ruang lain di lingkungan RSHS sesuai ketentuan yang telah ditetapkan atas persetujuan DPJP. Apabila alternatif tempat tidur di lingkungan RSHS tidak tersedia, maka pasien ditransfer ke RS lain untuk dialihrawatkan sesuai dengan kebutuhan pasien atas keputusan dokter DPJP. Petugas sudah memastikan RS yang dituju dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas untuk menampung pasien tersebut.
20. Ketentuan mengenai transfer pasien internal rumah sakit atau rujukan / alih rawat ke luar rumah sakit sesuai dengan kebijakan mengenai transfer pasien.
21. Pasien yang diperbolehkan pulang maka DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan. Keluarga pasien dilibatkan dalam perencanaan proses pemulangan yang terbaik atau sesuai kebutuhan pasien.
22. Pasien-pasien yang datang ke IGD dalam keadaan DOA (*Death On Arrived*) diperiksa dan kemudian dibuatkan Surat Kematian oleh dokter yang menyatakan kematian pasien tersebut.
23. IGD juga mengelola pelayanan khusus siaga bencana dan pelayanan medis saat bencana.
24. Untuk pelayanan pra rumah sakit, IGD RSHS mempunyai ambulans siaga dimana dalam pemakaiannya mengacu pada Standar Penggunaan Ambulans di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin.

D. Struktur Organisasi

Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

LAMPIRAN II
 KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
 NOMOR : HK.02.03/D.XIV.4.1.1/2644/2024
 TANGGAL : 30 JANUARI 2024
 TENTANG
 ORGANISASI DAN TATA KERJA RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG



BAB III

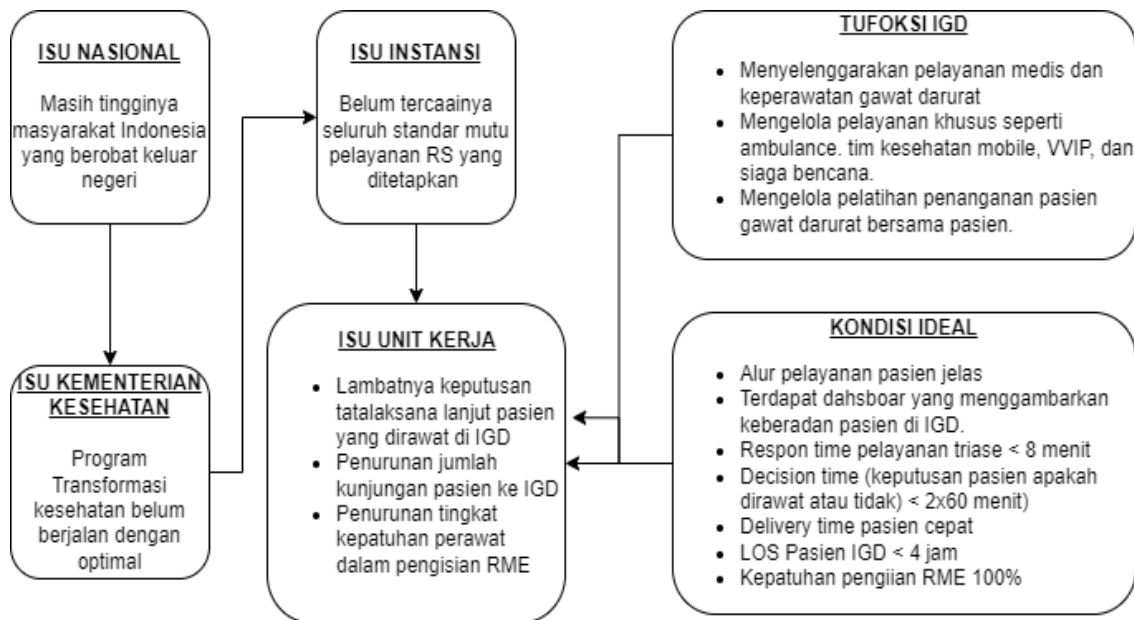
ANALISA MASALAH

A. Identifikasi Isu Strategis

Berdasarkan hasil diagnosa terhadap pelayanan di IGD ditemukan beberapa isu permasalahan pelayanan diantaranya peningkatan jumlah kunjungan pasien IGD, Sistem rujukan yang belum optimal, sehingga pasien dirujuk lepas dari rumah sakit perujuk tanpa melalui sistem rujukan terpadu, penurunan tingkat kepatuhan perawat dalam pengisian RME IGD, belum adanya sistem monitoring keberadaan dan tatalaksana pasien di IGD, dan pelayanan pasien diberikan oleh dr. Residen.

Isu tersebut selanjutnya digambarkan dalam alur pikir diagnosa masalah pada gambar dibawah ini :

Gambar 3.1 Alur Pikir Diagnosa Masalah



Gambar diatas menunjukkan bahwa terdapat isu yang menjadi perhatian untuk segera diselesaikan. Isu tersebut yaitu lambatnya keputusan tatalaksana lanjut pasien IGD yang menyebabkan terjadinya stagnasi pasien di Instalasi Gawat Darurat, penurunan kunjungan pasien ke IGD, penurunan kepatuhan perawat dalam pengisian Rekam Medik Elektronik.

B. Penapisan Isu

Dari beberapa isu yang menjadi muncul dalam pelayanan IGD kemudian dilakukan penapisan menggunakan *tools* APKL (Aktual, Problematik, Kehalayakan, Layak) seperti pada gambar dibawah ini :

Tabel 3.1 Penapisan Isu menggunakan Metode APKL

No	Masalah	Kriteria Masalah				Ket
		Aktual	Problematik	Kehalayakan	Layak	
1	Lambatnya keputusan tatalaksana lanjut pasien yang dirawat di IGD	+	+	+	+	+
2	Penurunan jumlah kunjungan pasien IGD	+	+	+	+	+
3	Penurunan tingkat kepatuhan perawat dalam pengisian RME IGD	+	+	+	+	+

Berdasarkan Analisa penilaian masalah menggunakan *tools* APKL (Aktual, Problematik, Kehalayakan, Layak), dapat kita lihat bahwa semua isu strategis yang ada di IGD layak untuk dilakukan tatalaksana. Hal ini dikarenakan isu-isu tersebut merupakan isu yang **Aktual**, yaitu bahwa isu tersebut saat ini terjadi dalam pelayanan gawat darurat di RSUP Dr. Hasan Sadikin, **Problematik**, yaitu isu tersebut menjadi masalah karena terjadi penyimpangan dari standar, jauh dari harapan dan meningkatkan potensial complain. Apakah itu dirasakan oleh IGD RSHS sebagai pemberi pelayanan, juga bagi pasien dan keluarga yang menjalani perawatan di IGD. **Kehalayakan** yaitu isu-isu diatas merupakan isu yang dirasakan oleh banyak orang dan dialami oleh pasien-pasien IGD yang menjalani perawatan di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin bandung dan perawat-perawat IGD. **Layak** bahwa isu-isu diatas merupakan tufoksi dari IGD sehingga layak untuk dibahas dan ditatalaksana sesuai kewenangan.

Isu-isu diatas kemudian dianalisis Kembali menggunakan metode *USG* (*Urgency, Seriousness, dan Growth*) untuk menetapkan prioritas isu yang akan ditatalaksana. *Urgency* artinya seberapa mendesakkah isu tersebut untuk segera ditindaklanjuti, *Seriousness* artinya seberapa serius dampak isu tersebut sehingga mengharuskan untuk segera di tatalaksana, dan *Growth*, yaitu seberapa besar isu itu bisa membesar atau memburuk, jika tidak segera di tatalaksana. Prioritisasi isu tersebut dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 3.2 Penetapan prioritas isu menggunakan UGS

NO	ISU	PRIORITAS MASALAH			TOTAL	RANGKING
		U	S	G		
1	Lambatnya keputusan tatalaksana lanjut pasien yang dirawat di IGD	4	4	4	12	1
2	Penurunan jumlah kunjungan pasien IGD	4	3	4	11	2
3	Penurunan tingkat kepatuhan perawat dalam pengisian RME IGD	4	4	2	10	3

Berdasarkan hasil analisis menggunakan USG diatas kita dapat melihat bahwa isu yang menjadi prioritas adalah lambat nya keputusan tatalaksana lanjut pasien yang dirawat di IGD, Sehingga isu ini menjadi isu strategik terpilih yang akan dilakukan penatalaksanaan melalui rencana aksi perubahan. Karena jika tidak segera diselesaikan maka berpotensi menambah permasalahan di IGD diantaranya peningkatan risiko terjadinya insiden keselamatan pasien, termasuk peningkatan risiko komplain dan penurunan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin.

C. Verifikasi Isu

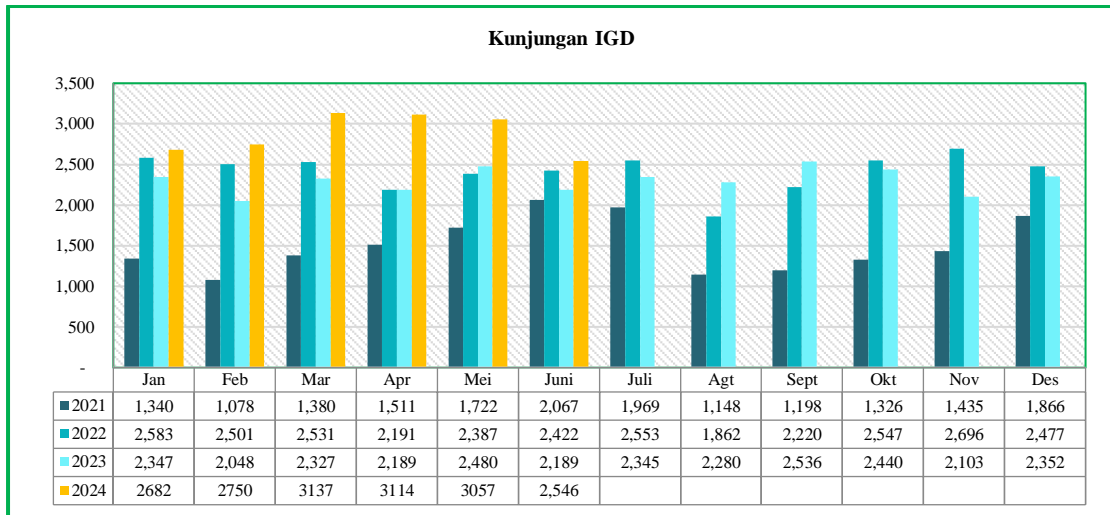
Dalam upaya penataan kinerja Rumah Sakit khususnya pelayanan Gawat Darurat, kementerian kesehatan melalui direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan menetapkan standar pelayanan berupa Key Performance Indikator (KPI) yang menjadi standar mutu pelayanan di IGD, yaitu :

1. Emergency Respon Time \leq 8 menit Target 100 %
2. Decision Time IGD \leq 2 Jam Target 90%
3. Persentase Length of Stay (LOS) IGD \leq 4 Jam.
4. Persentase kematian pasien IGD \leq 8 jam 2.5%

Saat ini IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin memiliki performa dalam pencapaian KPI tadi yang tergambar dalam grafik dibawah ini :

1. Data Kunjungan pasien IGD

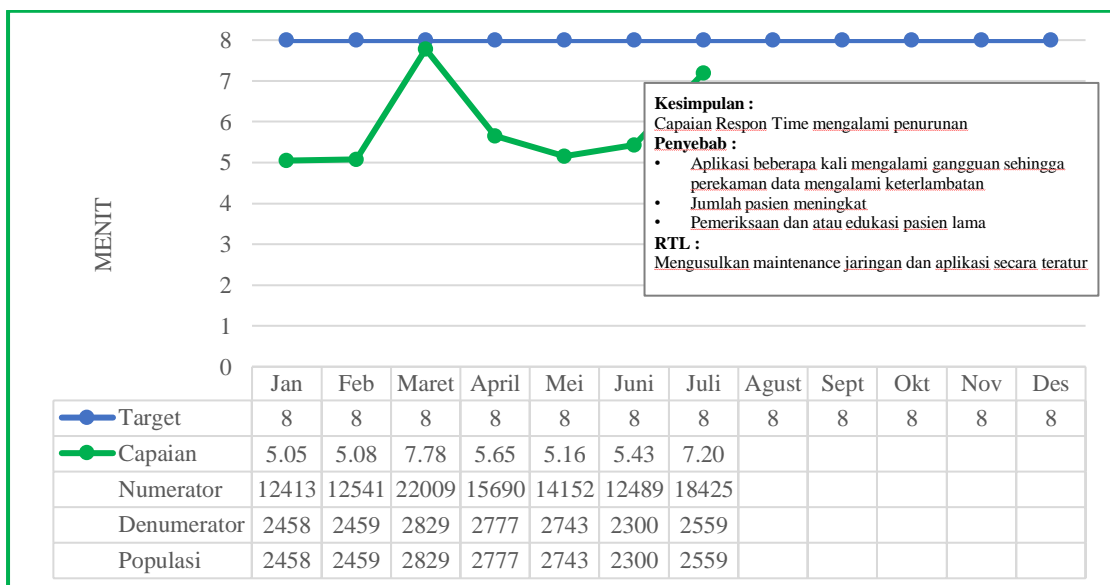
Gambar 3.2
Grafik Kunjungan Pasien IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung



Sumber : Laporan Capaian Indikator Mutu IGD tahun 2024

2. Data capaian emergency respon time RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung

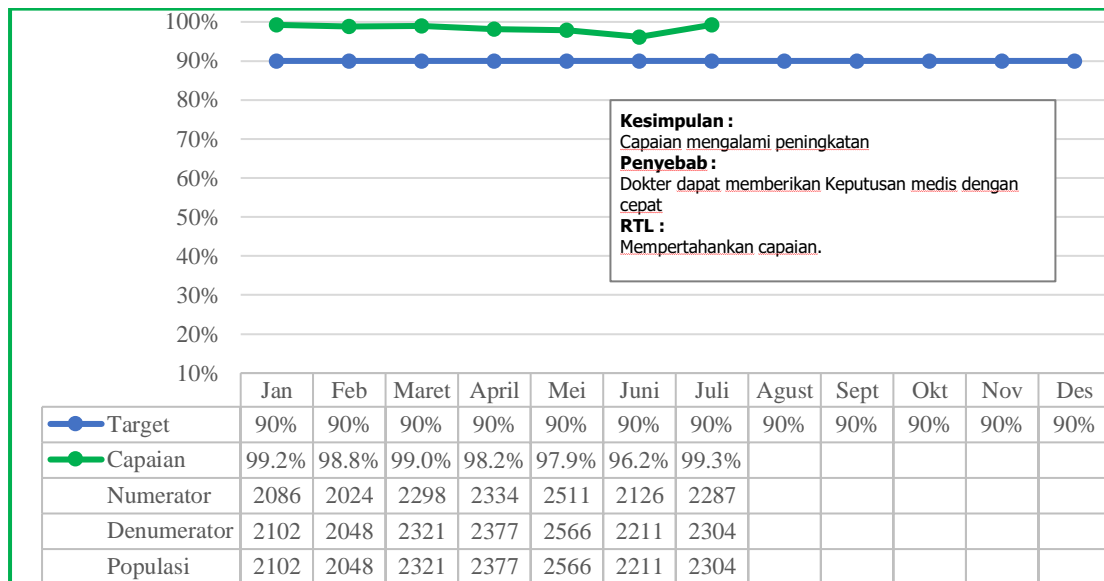
Gambar 3.3
Grafik Capaian Respon Time IGD RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung



Sumber : Laporan Capaian Indikator Mutu IGD tahun 2024

3. Data Capaian Decision Time IGD RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung

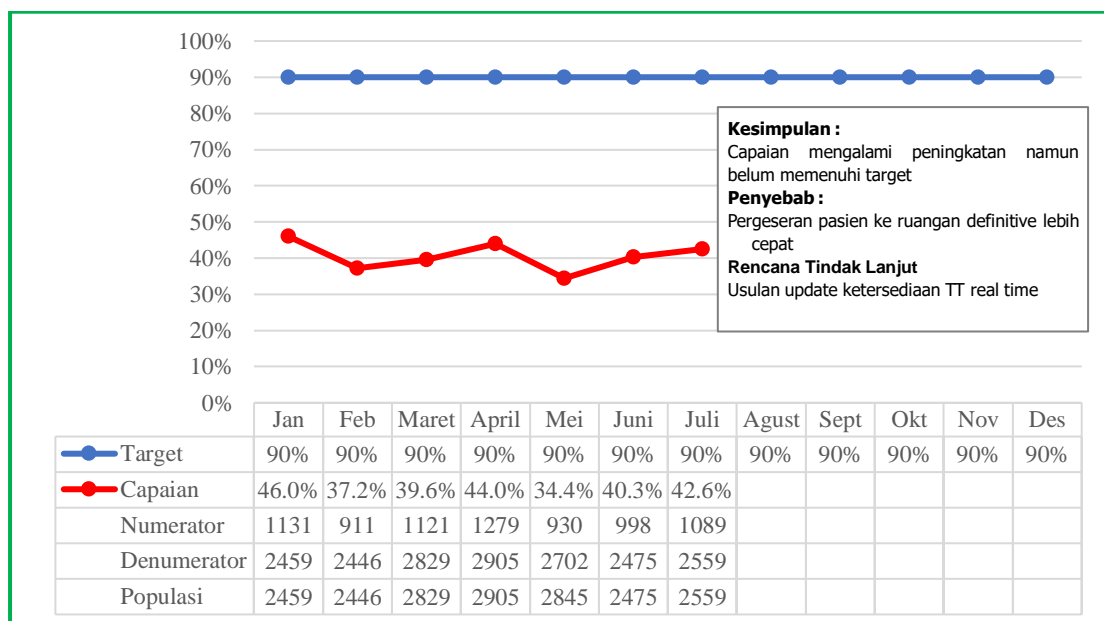
Gambar 3.4
Grafik Capaian Decision Time IGD RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung



Sumber : Laporan Capaian Indikator Mutu IGD tahun 2024

4. Data Capaian LOS IGD < 4 Jam RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

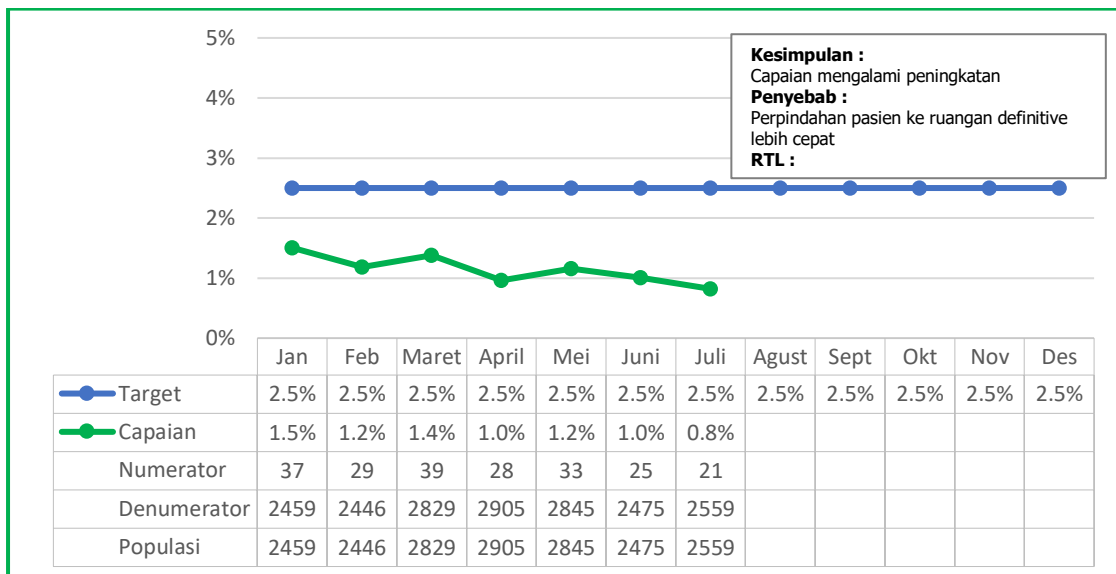
Gambar 3.5
Grafik Capaian Respon Time IGD RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung



Sumber : Laporan Capaian Indikator Mutu IGD tahun 2024

5. Capaian Persentase Kematian pasien IGD ≤ 8 Jam

Gambar 3.6
Grafik Persentase Kematian IGD ≤ 8 Jam RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung



Sumber : Laporan Capaian Indikator Mutu IGD tahun 2024

Dari rekapan data laporan Humas, terkait komplain atas pelayanan IGD, dari Januari -Agustus 2024 terdapat 11 keluhan pelayanan IGD yang 4 diantaranya adalah keluhan atas lamanya keberadaan pasien di IGD. Sementara hasil wawancara terhadap dokter spesialis patologi klinik, menyebutkan masih banyak pemeriksaan yang tidak berhubungan dengan diagnosa yang dicantumkan dalam formulir pemeriksaan.

Berdasarkan hasil audit kepatuhan perawat dalam dokumentasi rekam medik, terjadi penurunan kepatuhan dari tahun 2023 semester 2 dengan capaian 84.5% menurun menjadi 78% pada semester 1 tahun 2024. Data laporan jaga onsite bulan Juli 2024 menunjukkan sisa pasien IGD yang belum diputuskan tatalaksana lanjutan rata-rata setiap harinya ada 32 pasien yakni sekitar 37% dari rata-rata pasien yang dilayani di IGD.

D. Pemetaan Masalah

Berdasarkan isu strategik terpilih diatas maka selanjutnya dilakukan pemetaan masalah. Pada proses ini penulis akan melakukan pemetaan masalah berdasarkan Input-Proses-Output (IPO). Hal ini dikarenakan dengan metode ini penulis dapat melihat pada bagian mana saja permasalahan-permasalahan yang menjadi pemicu munculnya isu strategik terpilih ini. Hal ini diperlukan untuk Analisa selanjutnya. Berdasarkan pemetaan masalah Input – Proses – Output, dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 3.3
Pemetaan masalah berdasarkan Input-Proses-Output.

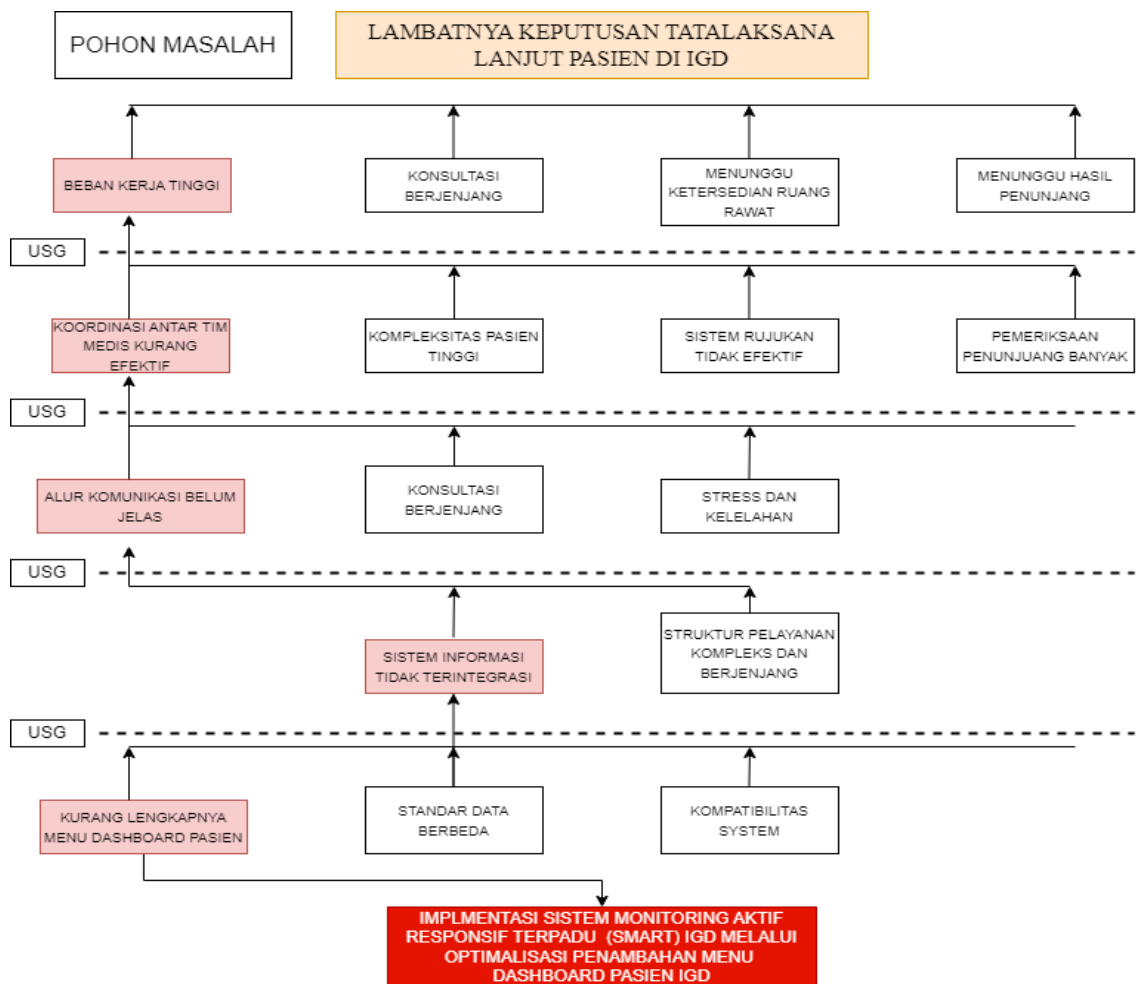
INPUT	PROSES	OUTPUT
<p><u>Man :</u> Jumlah pasien rata-rata tiap hari selama bulan Juli 2024 : 85 pasien, Kompetensi tenaga medis : Dokter Triase : pagi Dokter umum, malam : dokter residen dari semua ksm bergantian sebanyak 1 orang Perawat triase 1 org setiap shift, dan perawat 12 org setiap shift. Staf pendaftaran 1 org setiap shift, pekarya : 4 org setiap shift. Cleaning service 2 org setiap shift. Ada jadwal DPJP onsite untuk 5 area besar (Medikal, Bedah, Anestesi, Anak, Obgyn)</p> <p><u>Money :</u> Biaya pendaftaran pasien IGD 45.000</p> <p><u>Machine :</u> IGD RSHS memiliki CT Scan, dan Ruang Rontgen sendiri, alat EKG, Rontgen Portable, USG, ventilator.</p> <p><u>Method :</u> Memiliki panduan peayanan, SOP, alur pelayanan, sistem triage, komunikasi antar tim, system informasi, rekam medis elektronik</p> <p><u>Material :</u> Ketersediaan obat-obatan, bahan habis pakai, darah, oksigen sentral, dan tabung yang memadai.</p> <p><u>Lingkungan :</u> Ruang IGD terdiri dari ruang triase, ruang resusitasi dengan 3 ventilator, ruang Tindakan bedah dengan kapasitas 5 bed, ruang Tindakan anak dengan kapasitas 5 bed, ruang Tindakan medical dengan 5 bed, ruang isolasi dengan kapasitas 5 bed, bertekanan negative, terpisah untukdewasa dan anak, ruang Tindakan ini dapat diperluas ke</p>	<p><u>Registrasi :</u> Penginputan data pasien kedalam sistem informasi dilakukan oleh petugas rekam medik.</p> <p><u>Triage:</u> Penilaian awal kondisi pasien untuk menentukan tingkat urgensi dilakukan oleh dr. jaga triase dan perawat triase</p> <p><u>Diagnosa:</u> Dokter dan perawat melakukan pemeriksaan lanjut untuk menentukan diagnosis di ruang Tindakan sesuai kondisi pasien</p> <p><u>Tindakan medis :</u> Pemberian pertolongan pertama, tindakan resusitasi, pemberian obat-obatan, tindakan operasi cito</p> <p><u>Observasi:</u> Pemantauan kondisi pasien secara terus-menerus</p> <p><u>Dokumentasi:</u> Pencatatan semua tindakan medis yang dilakukan kedalam rekam medik elektronik</p> <p><u>Koordinasi dan komunikasi:</u> Koordinasi dengan staf internal IGD dan unit lain di RS (misalnya, ruang rawat inap, Intensif, instalasi penunjang, dan Kamar Operasi). Untuk pemeriksaan dan permintaan ruang erawatan atau ruang operasi</p> <p><u>Keputusan:</u> Pasien dipulangkan jika kondisi stabil atau meninggal, dan dirujuk ke unit lain untuk penatalaksanaan lanjutan.</p>	<p><u>Klasifikasi pasien:</u> Pasien dibagi ke dalam kelompok berdasarkan tingkat urgensi (level I, level II dan Level III).</p> <p><u>Diagnosa medis:</u> Penetapan penyakit atau kondisi yang diderita pasien berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan penunjang</p> <p><u>Pertolongan pertama:</u> Penanganan awal untuk menstabilkan kondisi pasien sesuai kondisi</p> <p><u>Stabilisasi kondisi:</u> Pasien dalam kondisi yang lebih stabil</p> <p><u>Rekam medis:</u> Dokumen yang berisi seluruh data pasien selama di IGD terisi dengan lengkap</p> <p><u>Rujukan:</u> Pasien dirujuk ke unit lain atau rumah sakit lain jika diperlukan</p> <p><u>Pembayaran:</u> Pasien atau penanggung jawab pasien melakukan pembayaran. Jika memiliki asuransi mengurus persyaratan asuransi.</p>

Lorong IGD dengan kapasitas maksimal sampai 50 bed. Ruang transit IGD berkapasitas 20 dengan 6 selevel HCU		
--	--	--

E. Analisa Akar Masalah

Setelah dilakukan pemetaan masalah pada isu masalah strategis terpilih, kita dapat melihat bahwa beberapa faktor yang berkontribusi terhadap munculnya permasalahan tersebut ada pada unsur-unsur : input yaitu man, material, methode, dan machine, proses karena itu kemudian dilakukan pendalaman untuk menganalisa lebih jauh terkait faktor-faktor penyebab, sampai ditemukan akar permasalahannya. Untuk mengetahui akar permasalahan yang menjadi penyebab munculnya permasalahan diatas penulis menggunakan tools diagram pohon masalah, yang bisa dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar 3.7
Analisa Akar Masalah menggunakan Pohon Masalah



F. Alternatif Pemecahan Masalah

Dalam upaya untuk mengatasi akar permasalahan yang menjadi penyebab utama yang paling dominan sehingga munculnya isu strategis terpilih di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, maka diperlukan adanya tatalaksana atau intervensi berupa solusi pemecahan masalah yang tepat sesuai dengan akar permasalahan yang ditemukan, yaitu:

Tabel 3.4
Alternatif Pemecahan Masalah

AKAR MASALAH	GAGASAN KREATIF PENYELESAIAN MASALAH	ALTERNATIF PENYELESAIAN MASALAH
Kurang lengkapnya menu dashboard pasien	Implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART) IGD melalui optimalisasi dashboard pasien IGD	<ol style="list-style-type: none">1. Membangun aplikasi SMART IGD berbasis Web.2. Memanfaatkan google sheet data pasien IGD3. Penyempurnaan menu tampilan dashboard pasien IGD yang bisa menampilkan warna berbeda untuk setiap sekuen waktu keberadaan pasien di IGD

G. Solusi Masalah

Untuk meningkatkan kinerja pelayanan di IGD diperlukan solusi yang paling memberikan keuntungan dari sisi efektifitas dan efisiensi baik itu waktu dan pembiayaan. Karena itu dari beberapa alternatif solusi perlu dilakukan pemilihan solusi yang paling mudah dan memberikan kontribusi besar dalam upaya pemecahan masalah serta dengan biaya yang paling murah. Untuk itu dilakukan pemilihan solusi menggunakan tapisan Mc Namara.

Tabel 3.5
Tapisan Alternatif Solusi Pemecahan Masalah

NO	SOLUSI	KRITERIA			TOTAL NILAI	PRIORITAS
		KONTRIBUSI	BIAYA	LAYAK		
1	Membangun aplikasi SMART IGD berbasis Web.	5	1	2	10	3
2	Memanfaatkan google sheet data pasien IGD	3	5	3	11	2
3	Penyempurnaan menu tampilan dashboard pasien IGD yang bisa menampilkan warna berbeda untuk setiap sekuen waktu keberadaan pasien di IGD	5	3	4	12	1

Dari tabel diatas dapat kita lihat, untuk alternatif pertama yaitu membangun aplikasi SMART IGD berbasis web, mendapatkan nilai 10, dengan rincian nilai 5 untuk kontribusi, karena aplikasi berbasis web dapat memberikan kontribusi yang cukup besar terhadap penyelesaian masalah dan dapat dilihat dimana saja. Nilai 2 untuk biaya karena solusi ini membutuhkan waktu dan biaya yang cukup tinggi, serta nilai 2 untuk kelayakan, karena solusi tersebut untuk saat ini merupakan solusi yang kurang realistis. Untuk solusi kedua memanfaatkan google sheet data pasien IGD, diberikan nilai 3 untuk kontribusi karena solusi tersebut belum komprehensif, sementara biaya diberikan nilai 5 karena alternatif tersebut sangat mudah dan murah. Sementara untuk kelayakan diberikan nilai 3 karena solusi tersebut masih membutuhkan penginputan data manual, yang berpotensi banyak terjadinya kesalahan. Untuk solusi ketiga yaitu penyempurnaan menu tampilan dashboard pasien IGD yang bisa menampilkan warna berbeda untuk setiap sekuen waktu keberadaan pasien di IGD hal ini mendapatkan total nilai 12 dan menjadi prioritas pertama, dengan rincian nilai 5 untuk kontribusi, dikarenakan dengan munculnya warna yang berbeda hal tersebut sudah menandakan waktu keberadaan pasien di IGD sehingga perawat tidak perlu repot melihat rincian data pasien tersebut tinggal mengkoordinasikan dengan dokter agar pasien tersebut segera diberikan keputusan tatalaksana lanjutannya. Untuk aspek biaya diberikan nilai 3 karena tinggal melengkapi menu pada dashboard yang sudah ada, dan nilai 4 untuk aspek kelayakan, karena proses ini masih memungkinkan untuk dilakukan dalam jangka waktu dekat. Dengan demikian alternatif solusi terpilih adalah penyempurnaan menu tampilan dashboard pasien IGD yang bisa menampilkan warna berbeda untuk setiap sekuen waktu keberadaan pasien di IGD.

BAB IV

STRATEGI PENYELESAIAN MASALAH

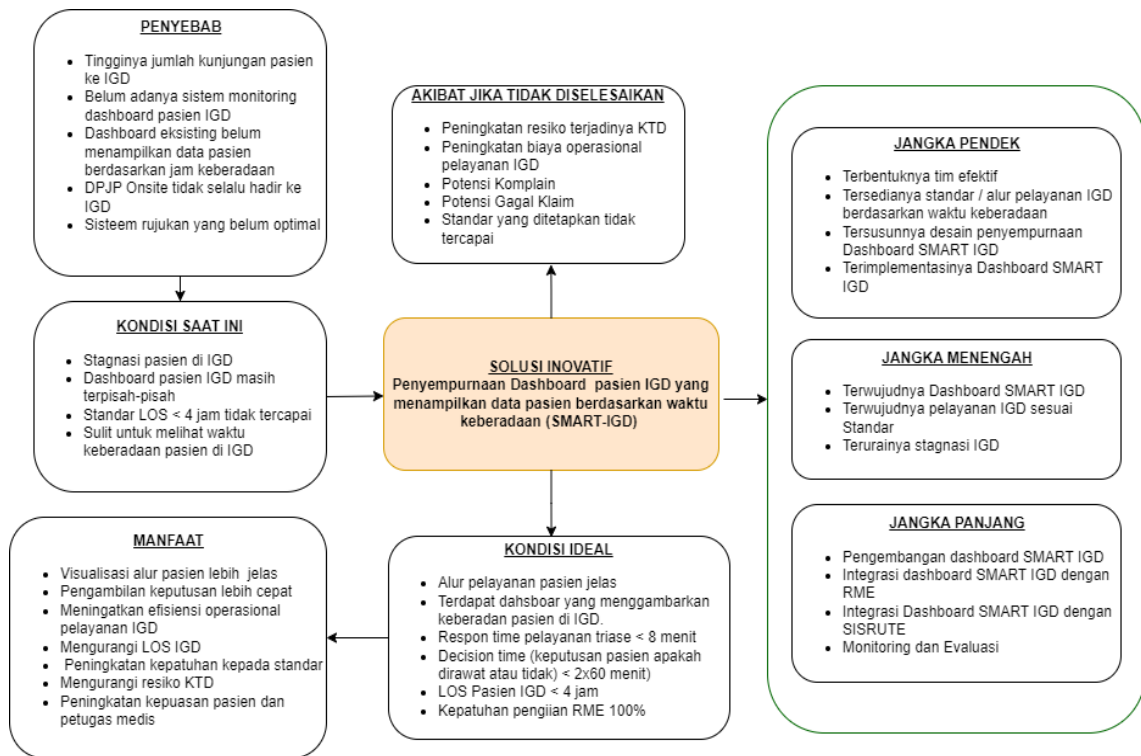
A. Strategi Penyelesaian Masalah

Berdasarkan hasil analisa permasalahan dan perumusan solusi terpilih penyelesaian masalah, maka didapatkan strategi pemecahan masalah prioritas yaitu berupa penyempurnaan menu tampilan dashboard pasien IGD yang bisa menampilkan warna berbeda untuk setiap sekuen waktu keberadaan pasien di IGD. Penyempurnaan menu pada tampilan dashboard pasien IGD memberikan potensi untuk meningkatkan kecepatan pada pelayanan pasien IGD melalui kontrol waktu keberadaan yang ditandai dengan pewarnaan berbeda pada setiap sekuen waktu yang dilalui, melalui implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu IGD (SMART-IGD). Nantinya dalam dashboard pasien IGD tidak hanya menunjukkan data pasien tetapi dashboard menunjukkan warna tertentu yang setiap warna mengandung arti waktu keberadaan setiap pasien di IGD, yang menjadi panduan tenaga medis di IGD untuk melakukan tatalaksana lanjutan.

Keunggulan SMART-IGD :

1. Visualisasi alur pasien yang lebih jelas dan intuitif
2. Pengambilan keputusan yang lebih cepat dan akurat.
3. Meningkatkan efisiensi operasional pelayanan IGD
4. Mengurangi LOS di IGD
5. Kepatuhan terhadap standar
6. Peningkatan kepuasan pasien dan petugas medis

Gambar 4.1
Alur Pikir dan Milestone Strategi Penyelesaian Masalah



Adapun tahapan kegiatan rencana aksi perubahan penyempurnaan dashboard pasien IGD adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1
Rincian Rencana Kegiatan

Deskripsi Kegiatan	Waktu	PIC	Output/Hasil	Tempat	Biaya
Jangka Pendek					
Konsultasi rencana aksi perubahan implementasi SMART-IGD	Minggu 1 September 2024	Manajer Keperawatan	Arahan dan petunjuk terkait penyempurnaan dashboard pasien IGD	Ruang kerja Pelayanan Keperawatan	-
Sosialisasi Rencana aksi perubahan implementasi SMART-IGD	Minggu 1 September 2024	Project Leader	Perawat IGD mengetahui program rencana aksi perubahan yang akan dijalankan	Ruang Pertemuan IGD	Dana Operasional
Pembentukan Tim Efektif.	Minggu 1 September 2024	Project Leader	SK.Tim Efektif	Ruang Pertemuan IGD	-
Rapat dengan Tim Efektif	Minggu 1 September 2024	Project Leader	Notulensi Rapat	Ruang Pertemuan IGD	Dana Operasional

Penyusunan Bisnis Proses pelayanan di IGD dan desain tampilan Dashboard	Minggu 1 September 2024	<i>Project Leader</i>	Desain Dashboard	Ruang Pertemuan IGD	Dana Operasional
Pembuatan Mock Up dashboard SMART-IGD	Minggu 2 September 2024	<i>Tim IT</i>	Tersedianya Mock Up dashboard monitoring pasien IGD	Ruang Kerja IT	Dana Operasional
Penyempurnaan dashboard berdasarkan desain baru	Minggu 3 September 2024	<i>Tim IT</i>	Terwujudnya dashboard pasien IGD Baru	Ruang Kerja IT	Dana Operasional
Penyusunan juknis tatalaksana SMART-IGD	Minggu 3 September 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Tersusunnya juknis monitoring pasien sesuai dashboard.	Ruang kerja Pelayanan Keperawatan	-
Sosialisasi Juknis tatalaksana pasien sesuai dashboard SMART-IGD	Minggu 2 Oktober 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Juknis pengisian dan monitoring dashboard difahami oleh staf igd	Ruang Pelayanan IGD	Dana Operasional
Uji Coba Operasionalisasi Dashboar SMART-IGD	Minggu 2 Oktober 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Feedback implementasi dashboard baru	Ruang Pelayanan IGD	Dana Operasional
Penyusunan SOP Alur pelayanan berdasarkan time base	Minggu 2 Oktober 2024	<i>Project Leader dan Tim Efektif</i>	SOP Alur pelayanan IGD	Ruang kerja Pelayanan Keperawatan	Dana Operasional
Operasionalisasi Dashboar SMART-IGD	Minggu 3 Oktober 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Dashboard Pasien baru running, SMART IGD berjalan.	Ruang Pelayanan IGD	Dana Operasional
Jangka Menengah					
Evaluasi implementasi Dashboard SMART IGD	Minggu 1 November 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Feed back imlementasi	Ruang Pelayanan IGD	-
Revisi SOP Sesuai hasil evaluasi	Minggu 1 November 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	SOP Revisi	Ruang Pelayanan Keperawatan	-
Jangka Panjang					
Monitoring dan Evaluasi Implementasi SMART IGD	Minggu 4 November 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Perbaikan pelayanan	Ruang pertemuan IGD	Dana Operasional
Pengembangan Fitur Dashboard	Minggu 4 Desember 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Perbaikan pelayanan	Ruang pertemuan IGD	
Integrasi dengan Sistrute	Minggu 4 Desember 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Perbaikan pelayanan	Ruang pertemuan IGD	
Integrasi dengan RME	Minggu 4 Desember 2024	<i>Project Leader dan Tim IT</i>	Perbaikan pelayanan	Ruang pertemuan IGD	

Dari rencana aksi perubahan tersebut dapat diidentifikasi Output dan Outcome perubahannya.

1. Output

Output yang dihasilkan dari rencana aksi perubahan adalah :

- a. Tampilan baru dashboard pasien IGD dengan visualisasi warna berbeda untuk setiap waktu keberadaan pasien.
- b. SOP Alur pelayanan
- c. Juknis tatalaksana dashboard sesuai warna.

2. Outcome

Adapun outcome yang diharapkan adalah :

- a. Peningkatan efisiensi pelayanan
- b. Peningkatan capaian LOS IGD < 4 jam
- c. Pengambilan keputusan lebih baik
- d. Peningkatan kualitas pelayanan
- e. Peningkatan kepuasan pasien

B. Peta dan Pemanfaatan Sumber Daya

1. Pemetaan Sumber Daya

Penyempurnaan menu tampilan dashboard pasien IGD yang bisa menampilkan warna berbeda untuk setiap sekuen waktu keberadaan pasien di IGD membutuhkan pemanfaatan semua potensi sumberdaya yang dimiliki oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung secara efektif dan efisien dengan harapan proses penyempurnaan tersebut dapat terlaksana dengan baik dan berjalan sesuai dengan harapan, sehingga tujuan yang ingin dicapai yaitu lambatnya keputusan tatalaksana lanjut pasien IGD dapat teratasi. Karena itu diperlukan pemetaan sumberdaya, berdasarkan 5 aspek manajemen yaitu : *Man, Material, Money, Machine* dan *Methodes*. Pemetaan tersebut akan diuraikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 4.2
Pemetaan Sumber Daya

MAN	MATERIAL	MONEY	MACHINE	METHODE
a. Staf Pendaftaran IGD b. Perawat IGD c. Dokter Jaga Triase d. Dokter Jaga IGD e. Admission Centre f. Pranata komputer	a. Poster / Leaflet Edukasi b. Surat Edaran	a. Anggaran rapat koordinasi	a. Komputer PC / Laptop b. Koneksi Internet c. Layar Monitor TV / Komputer d. Aplikasi Dashboard Pasien IGD. e. RME IGD f. Aplikasi Sisrute g. Sistem Komunikasi / HP	a. Panduan Pelayanan IGD b. SOP Alur pelayanan IGD berdasarkan waktu keberadaan pasien. c. Uraian tugas PJ Shift

2. Susunan Tim Efektif

Tabel 4.3
Susunan Tim Efektif

NO	JABATAN	URAIAN TUGAS
1	Direktur Medik dan Keperawatan	Mengarahkan dan memberikan masukan terkait konsep pelaksanaan aksi perubahan dan pengelolaan tim efektif
2	Manajer Pelayanan Keperawatan	Memberikan bimbingan dan pengawasan pelaksanaan aksi perubahan
3	Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan	Mengkoordinasikan perencanaan, pelaksanaan penyempurnaan dashboard pasien IGD dan implementasi SMART IGD
4	Pj Pelayanan IGD	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun SOP alur pelayanan berdasarkan time base • Monitoring pelaksanaan SMART IGD
5	Pengawas IGD	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun SOP alur pelayanan berdasarkan time base • Monitoring pelaksanaan SMART IGD
6	Kepala dan Wakil Kepala Ruang IGD	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun SOP alur pelayanan berdasarkan time base • Monitoring pelaksanaan SMART IGD
7	Staf Pendaftaran IGD	Memasukkan data pasien yang dibutuhkan ke dalam sistem
8	Dokter Jaga Triase	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun SOP alur pelayanan berdasarkan time base • Melaksanakan pelayanan triase sesuai alur pelayanan
9	Dokter Jaga IGD	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun SOP alur pelayanan berdasarkan time base • Melaksanakan pelayanan triase sesuai alur pelayanan
10	Pranata komputer	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan penyempurnaan fitur dashboard pasien IGD • Memastikan system berjalan dengan lancar
11	Admission Centre	Menyiapkan data ketersediaan tempat tidur secara real time.
12	Humas	Membuat Poster / flyer sosialisasi SMART IGD

3. Pemetaan Stakeholder

Analisa stakeholders dilakukan untuk mengetahui sejauh mana tingkat pengaruh (*influence*) dan tingkat ketertarikan (*interest*) dari masing-masing *stakeholders*. Dari hasil pemetaan *stakeholder* yang dilakukan terdapat 2 tipe *stakeholder* yang berperan sangat penting terhadap keberhasilan program yaitu tipe Promotor dan Laten, dimana stakeholder didalam kuadran ini harus dapat diajak untuk berkerjasama secara aktif melalui pendekatan manajerial dan strategi komunikasi yang baik dan efektif. Komposisi *stakeholders* pada aksi perubahan ini seperti terlihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 4.2 Pemetaan Stakeholder



C. Strategi Promosi dan Komunikasi Kepada Stakeholder

Berdasarkan analisis matriks di atas, dapat dirumuskan strategi komunikasi yang optimal untuk memobilisasi dukungan dari seluruh pemangku kepentingan terhadap inisiatif perubahan. Strategi komunikasi dalam konteks ini merujuk pada pendekatan sistematis dalam menyampaikan pesan kepada pemangku kepentingan dengan tujuan memperoleh komitmen dan partisipasi aktif dalam pelaksanaan perubahan. Rincian strategi komunikasi untuk masing-masing stake holder dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.4
Strategi Promosi dan Komunikasi *Stakeholder*

KATEGORI	STAKEHOLDER	STRATEGI	ALAT DAN SALURAN
Promotor	1. Direktur utama dan jajaran direksi 2. Kepala instalasi IGD 3. Tim kerja pelayanan keperawatan 4. Ketua komite keperawatan 5. Tim kerja pelayanan medik 6. Tim kerja pelayanan penunjang	1. Melibatkan secara aktif melalui komunikasi rutin. 2. Menjadikan konsultan/mentor	1. Rapat Rutin 2. Laporan perkembangan
Laten	1. Tim SIRS 2. Tim Kerja Diklat 3. Tim Kerja Humas 4. Pasien 5. KSM 6. BPJS 7. Dokter Jaga	1. Memberikan Informasi dan 2. Koordinasi rutin	1. Presentasi 2. Poster 3. Flyer
Defender	1. Keuangan 2. Komite Medik 3. Komite Nakes Lain	1. Sosialisasi 2. Pelibatan dalam kepanitiaan. 3. Koordinasi rutin	1. Melibatkan dalam kepanitiaan 2. Melibatkan dalam rapat rutin
Apathetik	1. Dinas Kesehatan 2. RS Perujuk 3. Institusi Pendidikan	1. Menarik perhatian. 2. Koordinasi	1. Melibatkan dalam rapat rutin

D. Pemanfaatan Teknologi Digital

Dalam mensukseskan terlaksananya aksi perubahan, dilakukan pemanfaatan sumber daya teknologi digital yang tersedia, yaitu :

Tabel 4.5
Tabel Pemanfaatan Teknologi Digital

NO	TEKNOLOGI DIGITAL	FUNGSI
1	Komputer PC atau Laptop	• Sarana membangun dan menyempurnaan tampilan dashboard pasien IGD.
2	Aplikasi dashboard pasien IGD	• Menampilkan data pasien dengan tampilan baru
3	Jaringan Internet	• Sarana konektivitas dan komunikasi; akses informasi, data, dan edukasi; alamat dan pemetaan.
4	Handphone	• Media komunikasi dan pengiriman data
5	Sisrute	• Aplikasi rujukan antar rumah sakit
6	RME	• Database informasi Kesehatan pasien

E. Manajemen Pengendalian Mutu

Manajemen mutu merupakan serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk mempertahankan tingkat kualitas layanan yang optimal. Dalam konteks aksi perubahan yang tengah berlangsung, pengendalian mutu menjadi sangat krusial untuk menjamin kepuasan seluruh stakeholder. Tabel berikut menyajikan rincian pengendalian mutu yang akan diterapkan :

Tabel 4.6
Manajemen Pengendalian

Deskripsi Kegiatan	Sasaran	PIC	Output/Hasil	Metode Pengendalian
Konsultasi rencana aksi perubahan implementasi SMART-IGD	Mentor mendukung aksi perubahan	<i>Project Leader</i>	Notulensi arahan dan petunjuk terkait penyempurnaan dashboard pasien IGD	Komunikasi efektif
Sosialisasi Rencana aksi perubahan implementasi SMART-IGD	Dukungan staf IGD terhadap aksi perubahan	<i>Project Leader</i>	Perawat IGD mengetahui program rencana aksi perubahan yang akan dijalankan	Komunikasi efektif
Pembentukan Tim Efektif.	Terbentuknya tim yang solid	<i>Project Leader</i>	SK.Tim Efektif	Pelaksanaan dan pemantauan
Rapat dengan Tim Efektif	Terwujudnya kesepakatan bersama	<i>Project Leader</i>	Notulensi Rapat	Pelaksanaan dan pemantauan
Penyusunan Bisnis Proses pelayanan di IGD dan desain tampilan Dashboard	Dihasilkannya desain dashboard baru	<i>Project Leader</i>	Desain Dashboard	Implementasi dan monitoring
Pembuatan Mock Up dashboard SMART-IGD	Dihasilkannya desain mock up	<i>Tim IT</i>	Tersedianya Mock Up dashboard monitoring pasien IGD	Implementasi dan monitoring
Penyempurnaan dashboard berdasarkan desain baru	Terwujudnya dashboard baru	<i>Tim IT</i>	Terwujudnya dashboard pasien IGD Baru	Implementasi dan monitoring, memberikan feedback
Penyusunan juknis tatalaksana SMART-IGD	Juknis tatalaksana selesai	<i>Project Leader</i> dan <i>Tim IT</i>	Tersusunnya juknis monitoring pasien sesuai dashboard.	Implementasi dan monitoring, memberikan feedback
Sosialisasi Juknis tatalaksana pasien sesuai dashboard SMART-IGD	Staf IGD memahami juknis	<i>Project Leader</i> dan <i>Tim IT</i>	Juknis pengisian dan monitoring dashboard difahami oleh staf igd	Komunikasi efektif
Uji Coba Operasionalisasi Dashboar SMART-IGD	Terlaksananya uji coba dashboard baru	<i>Project Leader</i> dan <i>Tim IT</i>	Feedback implementasi dashboard baru	Implementasi dan monitoring, memberikan feedback
Penyusunan SOP Alur pelayanan	Revisi SOP Alur selesai	<i>Project Leader</i> dan <i>Tim Efektif</i>	SOP Alur pelayanan IGD	Implementasi dan monitoring,

berdasarkan time base				memberikan feedback
Operasionalisasi Dashboar SMART-IGD	Terlaksananya operasionalisasi dashboard baru	<i>Project Leader</i> dan Tim IT	Dashboard Pasien baru running, SMART IGD berjalan.	evaluasi dan monitoring, feedback

F. Rencana Pengembangan Kompetensi Dalam Aksi Perubahan

1. Rencana Pengembangan Kompetensi Tim Efektif

Untuk memastikan keberhasilan aksi perubahan penyempurnaan menu tampilan dashboard pasien IGD yang bisa menampilkan warna berbeda untuk setiap sekuen waktu keberadaan pasien di IGD yang akan dilakukan, diperlukan pemetaan yang cermat dalam merencanakan pengembangan kompetensi yang dibutuhkan oleh setiap anggota tim. Dengan langkah ini, dapat dipastikan bahwa anggota tim memiliki kemampuan yang tepat untuk menghadapi tantangan dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Strategi pengembangan kompetensi tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.7
Rencana Pengembangan Kompetensi Tim Efektif



Siapa Yang Terdampak Aksi Perubahan	Apa Perubahan Kompetensi Yang Dibutuhkan	Cara Pengembangan (Klasikal/Non Klaiskal)
Rekam Medik (Petugas Pendaftaran)	Entri Data Pasien Berdasarkan Dashboard Baru	Coaching
Perawat IGD	Penerapan Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu IGD	Sosialisasi Juknis
Kepala dan Wakil Kepala Ruang IGD	Manajemen Mutu	Tutorial

2. Pemetaan Sikap dan Perilaku Kepemimpinan dan Rencana Strategi Pengembangan Potensi Diri

a. Hasil pemetaan sikap dan perilaku kepemimpinan

REKAP NILAI AKHIR SIKAP PERILAKU PESERTA					
Nama Peserta	: Arip Hidayat, S.Kep.,Ners			Nama Mentor	: Oded Sumarna, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP	: 198012182003121002			NIP:	: 196911121997031001
Jabatan	: Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat			Jabatan	: Manajer Pelayanan Keperawatan
Instansi	: RSUP DR. Hasan Sadikin Bandung			Instansi	: RSUP DR. Hasan Sadikin Bandung
Program	: PELATIHAN PKP				
Nilai Komponen					
	Sub Komponen Integritas	Sub Komponen Kerjasama	Sub Komponen Mengelola Perubahan	Rata-Rata Total Sub Komponen	Kualifikasi Total Sub
Peserta	8.25	8.10	8.00	8.12	Baik
Mentor	8.50	8.60	8.80	8.63	Baik
Nilai Rata-Rata Per Sub Komponen	8.43	8.45	8.56	8.48	Baik
Kualifikasi Per Sub Komponen	Baik	Baik	Baik	Baik	
Keterangan Kualifikasi			Akhir Sikap Perilaku		
9-10	Istimewa	8.48			
7-8.99	Baik				
5-6.99	Cukup	Kualifikasi: Baik			
3-4.99	Kurang				
1-2.99	Sangat Kurang				
REKOMENDASI PENGEMBANGAN POTENSI DIRI:					
Istimewa	:	Memperhatikan nilai pada sub komponen pada Formulir Peserta atau Mentor dan Rekap nilai gabungan, peserta perlu diberikan pengayaan pengembangan potensi diri dalam bentuk kegiatan-kegiatan yang terukur pada saat melaksanakan aksi perubahannya dengan bimbingan dan pendampingan sebagai bekal pengayaan sikap perilaku untuk menduduki jabatan pimpinan yang lebih tinggi			
Baik	:	Memperhatikan nilai pada sub komponen pada Formulir Peserta atau Mentor dan Rekap nilai gabungan, peserta perlu diberikan pengayaan pengembangan potensi diri dalam bentuk kegiatan-kegiatan yang terukur pada saat melaksanakan aksi perubahannya dengan bimbingan dan pendampingan yang terjadwal sebagai bekal pendalaman sikap perilaku dalam jabatan pimpinan pengawas			
Cukup	:	Memperhatikan nilai pada sub komponen pada Formulir Peserta atau Mentor dan Rekap nilai gabungan, peserta perlu diberikan program pengembangan potensi diri dalam bentuk kegiatan-kegiatan yang terukur pada saat melaksanakan aksi perubahannya dengan bimbingan dan pendampingan yang terjadwal sebagai bekal penguatan sikap perilaku dalam menduduki jabatan pengawas			
Kurang	:	Memperhatikan nilai pada sub komponen pada Formulir Peserta atau Mentor dan Rekap nilai gabungan,			
Sangat Kurang	:	peserta perlu diberikan program pengembangan potensi diri dalam bentuk kegiatan-kegiatan yang terukur pada saat melaksanakan aksi perubahannya dengan bimbingan, pendampingan yang sangat ketat dan sebaiknya agar melibatkan unit pengelola kepegawaian instansi asal peserta sebagai bekal penguatan sikap perilaku dalam menduduki jabatan pengawas			

b. Strategi Pengembangan Potensi diri

PEMETAAN SIKAP PERILAKU KEPEMIMPINAN DAN PENGEMBANGAN POTENSI DIRI	
PELATIHAN KEPEMIMPINAN PENGAWAS	
TAHUN 2024 - BBPK CILOTO	
Nama Peserta	: Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
NIP	: 198012182003121002
Instansi	: RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Nama Mentor	: Oded Sumarna, S.Kep.,Ners.,M.Kep
Jabatan Mentor	: Manajer Pelayanan Keperawatan
<p>Berdasarkan hasil pemetaan sikaap perilaku kepemimpinan yang dinilai bersama dengan mentor, dengan nilai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas sebesar 8.43 dengan kualifikasi Baik 2. Kerjasama sebesar 8.45 dengan kualifikasi Baik 3. Mengelola perubahan sebesar 8.56 dengan kualifikasi Baik <p>Nilai Akhir Sikap Perilaku Kepemimpinan sebesar 8.48 dengan kualifikasi Baik</p>	
<p>Berkaitan hasil tersebut, diperlukan rencana pengembangan potensi diri yang akan dilaksanakan selama masa pelaksanaan aksi perubahan, sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti seminar / workshop core values ASN BerAKHLAK 2. Mengikuti seminar / pelatihan Strategi meningkatkan motivasi dan Produktivitas dalam dunia kerja 3. Self Learning : Change manajemen 	
Bandung, 25 Agustus 2024	
Disetujui oleh :	
Peserta	Mentor/ Atasan Langsung
	Manajer Pelayanan Keperawatan
	RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung,
	
Arip Hidayat, S.Kep.,Ners NIP. 198012182003121002	Oded Sumarna, S.Kep.,Ners.,M.Kep 19691112199/031001

G. Bisnis Model Canvas

KANVAS MODEL INOVASI INSTANSI PEMERINTAH BIDANG PERUBAHAN INOVASI : PENYEDIAAN LAYANAN PENGEMBANGAN DAN IMPLEMENTASI FITUR WARNA PADA DASHBOARD PASIEN IGD UNTUK VISUALISASI ALUR PASIEN YANG LEBIH EFEKTIF DAN EFISIEN				
5. MITRA KERJA : 1. Internal : (Dokter dan PPA lainnya, Tim IT), Diklat, SIRS, Komite Keperawatan. 2. Eksternal (BPJS Kesehatan 3. Institusi Pendidikan	2. TARGET KLIEN : Pasien Gawat Darurat Sasaran Program : Perawat gawat darurat	3. NILAI YANG DITAWARKAN : 1. Visualisasi alur pasien yang lebih jelas dan intuitif 2. Pengambilan keputusan yang lebih cepat dan akurat. 3. Meningkatkan efisiensi operasional pelayanan IGD 4. Mengurangi LOS di IGD 5. Kepatuhan terhadap standar 6. Peningkatan kepuasan pasien dan petugas medis	6. HUBUNGAN KLIEN : 1. Peningkatan Mutu Pelayanan Keperawatan 2. Kepuasan Pasien 3. Efisiensi biaya	4. KEGIATAN UTAMA : Jangka Pendek : 1. Pembentukan Tim Efektif 2. Penyusunan SOP Alur pelayanan 3. Membuat desain tampilan dashboard baru termasuk skema warna dan fitur dasar visualisasi alur pasien. 4. Membuat prototipe dashboard/mock up 5. Uji coba (piloting) 6. Operasionalisasi dashboard SMART-IGD Jangka Menengah 1.Revisi SOP sesuai hasil evaluasi uji coba 2. Evaluasi Efektivitas Jangka Panjang : 1. Pengembangan fitur tambahan 2. Integrasi SMART IGD dengan Sisrute 3. Integrasi SMART IGD dengan RME 4. Monitoring dan Evaluasi 5. Audit Kepatuhan
8. UNSUR BIAYA : 1. Biaya konsumsi penyusunan SOP Alur pelayanan IGD 2. Biaya pengembangan perangkat lunak 3. Pengadaan monitor TV	7. SUMBER DAYA : 1. Tim IT 2. SDM Perawat 3. SDM PPA Lainnya 4. Peralatan Medis dan Keperawatan 5.Peralatan komputer dan jaringan internet	10. IMBALAN : 1. Peningkatan pendapatan RS 2. Pengurangan biaya operasional 3. Peningkatan remunerasi 4. Peningkatan kepuasan pegawai 5. Peningkatan kepuasan masyarakat	11. RISIKO : 1. SDM Keperawatan yang terbatas. 2. Agenda Diklat yang Padat 3. kegagalan integrasi sistem 4. Kebocoran data 5. SDM IT terbatas	
9. LEGALITAS : 1. UU No 17 tahun 2023 tentang Pelayanan Kesehatan 2. Panduan pelayanan IGD 3. Perlindungan data	12. AKUNTABILITAS : 1. Peningkatan kompetensi perawat 2. Peningkatan kepuasan pasien 3. Efisiensi operasional 4. Kualitas pelayanan IGD	13. SUSTAINABILITAS : 1. Monitoring dan Evaluasi 2. Survey Kepuasan Pelanggan 3. Supervisi 4. Reward and punishment		

H. Rencana Anggaran Biaya

Rencana Anggaran dan Biaya kegiatan dibebankan kepada DIPA RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung melalui dana operasional Tim Kerja Pelayanan Keperawatan. Dana yang dibutuhkan dapat terlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.8
Rencana Anggaran Biaya

NO	NAMA KEGIATAN	VOLUME	HARGA SATUAN	JUMLAH
1	Rapat Persiapan dan Penyusunan SOP	5	15.000	75.000
2	Ujicoba Sistem	5	15.000	75.000
3	Rapat Monitoring dan Evaluasi	15	15.000	225.000
4	Monitor TV	1	6.000.000	6.000.000
	Total			6.375.000

I. Adopsi dan Adaptasi Hasil Study Lapangan

Studi lapangan di Dinas Koperasi dan UKM DIY telah memberikan banyak wawasan mengenai praktik-praktik terbaik dalam meningkatkan produktivitas, efisiensi, dan kualitas pelayanan. Beberapa inovasi yang ditemukan dapat diadopsi dan diadaptasi untuk menunjang rencana aksi perubahan yang akan dilakukan, diantaranya :

1. Kepemimpinan (Leadership)

Didalam menjalankan tufoksi IGD dengan multidisiplin, diperlukan unsur kepemimpinan yang kuat dan menjadi teladan dalam melaksanakan fungsi organisasi dengan baik, sehingga bisa meningkatkan motivasi staf dalam mendukung aksi perubahan.

2. Pentingnya Data yang Akurat dan Terintegrasi

Terpisah-pisahannya data didalam pelaksanaan pelayanan di IGD menyebabkan kesulitan dalam mengambil data yang valid. Maka salah satu outcome dari Implementasi aksi Perubahan berupa SMART IGD adalah integrasi data, dan menyediakan data yang akurat.

3. Ide Kreatif membutuhkan ekosistem yang kondusif.

Lingkungan yang kondusif juga bisa memotivasi staf untuk mengeluarkan ide-ide atau gagasan kreatif dalam rangka menyelesaikan berbagai permasalahan layanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan public.

4. Berfokus kepada pengguna atau pasien

Implementasi SMART IGD bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien, sehingga diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien dan kepuasan masyarakat.

5. Mendorong sinergi Tim

Dengan menciptakan lingkungan kerja yang kolaboratif, pemimpin membantu anggota tim untuk saling mendukung dan berkontribusi secara maksimal, sehingga tujuan organisasi dapat tercapai dengan lebih efektif.

BAB V

IMPLEMENTASI AKSI PERUBAHAN

A. Deskripsi Proses Kepemimpinan

1. Membangun Integritas

Secara etimologis, integritas berasal dari bahasa latin integer yang berarti keseluruhan atau lengkap (Fachrudin, 2013). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, integritas adalah kualitas, sifat, atau keadaan yang menunjukkan suatu kesatuan yang utuh sehingga memiliki potensi dan kemampuan untuk memancarkan wibawa dan kejujuran. Seorang individu yang memiliki integritas memperlakukan orang lain sebagaimana pribadi tersebut ingin diperlakukan, tetapi tidak mengharapkan timbal balik. Membantu orang lain dilakukan untuk alasan *altruistic* (fokus pada kesejahteraan orang lain), bukan untuk alasan egois (penghargaan pribadi seperti kemajuan karier, pengakuan social).

Integritas merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja pegawai, sebagaimana dikemukakan oleh Mangkunegara (2016), salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kinerja pegawai adalah faktor psikologis individu yaitu individu yang memiliki integritas tinggi antara fungsi jasmani dan rohaninya.

Menurut Wetik (2018) integritas menuntut seorang pegawai untuk bersikap jujur, berani, bijaksana dan bertanggung jawab dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya. Semakin baik integritas seorang pegawai maka semakin baik pula kinerja yang dihasilkan. Integritas merupakan bentuk tanggung jawab seseorang atas apa yang dilakukannya dan hasilnya sesuai dengan norma, nilai atau prinsip yang benar, dan pendirian yang teguh tanpa paksaan dari pihak manapun.

Integritas dalam kepemimpinan menjadi pandangan yang semakin berkembang dalam suatu organisasi. Beberapa ahli ilmu organisasi dan praktisi - praktisi sekarang ini percaya bahwa kepemimpinan tanpa integritas sungguh membawa organisasi dalam bahaya serius. Seperti diketahui bahwa keputusan seorang pimpinan akan memberi pengaruh besar pada organisasi. Apabila seorang pemimpin memiliki cara berpikir dan bertindak bijaksana, hal itu akan membawa pengaruh terhadap seluruh bagian dalam organisasi demikian juga sebaliknya, ketika seorang pemimpin membuat suatu keputusan atau melakukan suatu tindakan buruk, yang biasanya menyentuh wilayah moral, maka dampak negatifnya pun akan sangat besar bagi organisasi.

Seorang pemimpin selalu menjadi pusat perhatian, pedoman, dan acuan bagi semua anggota dalam organisasi (Gea, 2014). Pemimpin yang berintegritas selalu bertindak sesuai dengan apa yang diucapkan, konsisten antara apa yang dipercayai dan apa yang dikerjakan, antara nilai hidup yang dianut dengan nilai hidup yang dijalankan, antara sikap dan tindakan selalu selaras. Pemimpin yang berintegritas adalah pemimpin yang profesional, handal, matang, tanpa kompromi, menolak pengakuan untuk dirinya sendiri demi sebuah perubahan besar terhadap apa yang dipimpinya. Di dalam menjalankan aktivitas pelayanan, pemimpin yang berintegritas memiliki fokus utama yaitu untuk mencapai tujuan yang mulia karena dasar seorang pemimpin yang berintegritas adalah mengedepankan etika dan moral dalam setiap kebijakannya (Nurul Huda, 2020).

Integritas menjadi kunci utama kepemimpinan, maka dalam setiap keputusan yang dibuat, harus mencerminkan keselarasan bagaimana seorang pemimpin bersikap dan berperilaku, karena disitulah terletak pondasi atau dasar dalam membangun trust atau kepercayaan dalam membina hubungan antara individu didalam sebuah organisasi. Integritas akan hadir dalam kepemimpinan, apabila seorang pemimpin mampu menggabungkan seluruh aspek atau potensi yang ada dalam dirinya menjadi satu kesatuan yang saling mendukung satu sama lainnya. Pemimpin yang memiliki integritas yang tinggi, tentunya memiliki kemampuan untuk mengelola ilmu manajemennya sehingga bertindak terhormat dan benar dalam setiap kebijakannya walaupun posisi atau kedudukan yang terhormat itu tidak selalu diikuti dengan perilaku yang benar (Nurul Huda, 2020).

Untuk menjalankan aksi perubahan dalam sebuah organisasi, seorang pemimpin diharapkan memiliki integritas dan akuntabilitas dalam setiap tahap kerjanya. Setiap langkah dan fase kegiatan perlu disertai dengan bukti-bukti valid serta melalui proses kepemimpinan yang efektif. Proses kepemimpinan ini berperan penting dalam menciptakan inovasi yang dapat meningkatkan kinerja dan tata kelola organisasi. Oleh karena itu, terdapat serangkaian tahapan yang harus dilalui. Didalam setiap tahap, seorang pemimpin harus mampu merancang langkah-langkah strategis untuk melaksanakan tugas-tugas utama. Harapannya, kerja bersama tim akan menghasilkan perubahan positif dengan menerapkan prinsip-prinsip kepemimpinan. Beberapa elemen dan jenis kegiatan yang diperlukan dalam melaksanakan aksi perubahan dengan prinsip-prinsip kepemimpinan antara lain sebagai berikut (Rifi, 2023) :

- a. Aksi perubahan dilakukan untuk perbaikan kinerja.

Dalam melaksanakan pekerjaan apapun, dimungkinkan kita menemui hambatan yang disebabkan oleh banyak faktor, misalkan masih belum optimalnya pelaksanaan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat. Hal ini mungkin disebabkan karena ketidakjelasan alur, kesulitan dalam melihat waktu keberadaan pasien dan terlalu berjenjangnya proses konsul serta lamanya pemeriksaan penunjang. Semua hal tadi dapat memberikan dampak pada keterlambatan pelayanan di IGD yang diakibatkan keterlambatan dalam menentukan tatalaksana lanjutan untuk pasien-pasien IGD. Maka dari itu perlu adanya sebuah aksi perubahan dalam rangka memperbaiki kondisi yang belum ideal tersebut.

- b. Upaya untuk menyelesaikan aksi perubahan sampai tuntas.

Aksi perubahan ini harus diselesaikan sampai tuntas, sehingga dapat dilakukan evaluasi untuk melihat efektivitas dari aksi tersebut. (Rifi, 2023). Apakah aksi perubahan yang dilakukan benar-benar memiliki kontribusi yang dapat memberikan manfaat terhadap pelayanan dan memecahkan hambatan-hambatan yang ditemui dalam melakukan pelayanan atau tidak. Juga dapat dievaluasi seberapa baik pengaruhnya terhadap capaian kinerja. Karena itulah seluruh tahapan yang telah ditetapkan dalam tahap perencanaan harus dilaksanakan sampai selesai untuk mengurangi bias dari hasil yang dicapai.

- c. Pelibatan tim efektif sesuai uraian tugasnya masing-masing.

Sebuah aksi perubahan tidak mungkin dapat dilakukan seorang diri, karena itu untuk meningkatkan peluang keberhasilan maka perlu dibentuk tim Efektif yang akan mendukung aksi perubahan. Tim efektif adalah kelompok dimana anggotanya bekerja secara intensif untuk mencapai tujuan bersama yang spesifik dengan menggunakan sinergi positif, bertanggung jawab secara individu dan juga kelompok serta memadukan keahlian atau kompetensi masing-masing untuk saling melengkapi. Dalam tim efektif, usaha individu yang digabungkan ke dalam tim menghasilkan Tingkat kinerja yang lebih besar daripada jumlah semua masukan tiap individu (Anom & Sinaga, 2020). Dengan menjalankan peran masing-masing secara disiplin disertai kepemimpinan dalam menggerakkan tim maka keberhasilan dalam menjalankan aksi perubahan dapat dicapai dengan baik.

Dengan menanamkan integritas pada setiap individu yang terlibat dalam implementasi aksi perubahan, diharapkan perubahan tersebut dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan, yaitu untuk meningkatkan kinerja pelayanan

publik di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Keberhasilan aksi perubahan ini juga sangat bergantung pada dukungan mentor, stakeholder terkait dan bimbingan coach. Untuk memastikan setiap tahapan langkah-langkah selalu dalam koridor yang telah ditetapkan, maka dalam setiap tahap dalam proses perubahan tersebut harus dikonsultasikan dan dilaporkan kepada coach dan mentor untuk mendapatkan arahan, bimbingan, dan persetujuan terkait langkah-langkah yang diambil. Selain itu untuk membantu aspek teknis pelaksanaan aksi perubahan, mulai dari perencanaan hingga penyusunan laporan hasil perubahan.

2. Pengelolaan Budaya Pelayanan

Pelayanan publik merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik dengan tujuan memuaskan dan bisa sesuai dengan keinginan masyarakat atau pelayanan pada umumnya, sebagaimana dijelaskan dalam Undang-Undang No. 25 Tahun 2009. (Maryam, 2016). Sementara penyelenggaraan pelayanan publik, menurut LAN (1998) dapat dilakukan dengan berbagai pola diantaranya sebagai berikut :

a. Pola pelayanan fungsional.

Pola pelayanan fungsional adalah pola pelayanan umum yang diberikan oleh suatu instansi pemerintah sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangannya. RSUP Dr. Hasan Sadikin dalam hal ini sebagai Unit Pelaksana Teknis dari Kementerian Kesehatan menjalankan pelayanan fungsional sebagai pemberi pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien yang membutuhkan. Sesuai amanat UU No. 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik, RSUP DR. Hasan Sadikin memiliki kewajiban untuk menyediakan pelayanan publik yang berkualitas, berorientasi kepada peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta kepuasan pelanggan. Dalam aksi perubahan ini dikembangkan suatu sistem yang dapat membantu meningkatkan kecepatan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat melalui perbaikan alur dan integrasi pelayanan dengan Implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART-IGD) melalui penyempurnaan dashboard pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan pasien, sehingga memudahkan petugas kesehatan di IGD dalam menentukan prioritas tindakan lanjutan kepada pasien agar dapat memenuhi salah satu target mutu pelayanan di IGD yakni LOS IGD < 4 jam.

b. Pola pelayanan satu pintu.

Adalah pola pelayanan umum yang diberikan secara tunggal oleh satu instansi pemerintah berdasarkan pelimpahan wewenang dari instansi pemerintah terkait lainnya yang bersangkutan;

c. Pola pelayanan satu atap.

Adalah pola pelayanan umum yang dilakukan secara terpadu pada satu tempat oleh beberapa instansi pemerintah yang bersangkutan sesuai kewenangannya masing-masing;

d. Pola pelayanan secara terpusat.

Pola pelayanan publik diberikan secara tunggal oleh penyelenggara pelayanan berdasarkan pelimpahan wewenang dari penyelenggara pelayanan terkait lainnya yang bersangkutan.

3. Pemanfaatan Teknologi Informasi

Teknologi informasi dilihat dari kata penyusunnya adalah teknologi dan informasi. Kata teknologi berasal dari bahasa Yunani, *techne* yang berarti 'keterampilan' dan *logia* yang berarti 'informasi'. Menurut Rusman, teknologi dalam arti sempit mengacu pada benda-benda yang digunakan untuk bekerja dengan aktivitas manusia, seperti mesin, perangkat, atau peralatan. Kata teknologi menunjukkan pergantian peristiwa dan penggunaan peralatan atau kerangka kerja yang berbeda untuk menangani masalah yang dilihat oleh orang-orang dalam kehidupan sehari-hari, Menurut Azmi, Teknologi informasi adalah data yang dikelola ke dalam struktur yang lebih penting bagi penerima dan penting dalam memutuskan sesuatu, bagi masa mendatang (Harun Al Rasyid, 2021).

Teknologi informasi adalah perpaduan antara teknologi modern dan koneksi yang akan membentuk kerangka pemrograman dan peralatan. Pengembangan produk dan peralatan ini akan digunakan untuk menangani, membuat, meminta, menyimpan, dan mengendalikan informasi dalam strategi yang berbeda. Strategi ini digunakan untuk membuat data terbaik dan data yang tepat, cepat, dan dapat diterapkan. Data ini digunakan sebagai perangkat organisasi untuk mengurangi kebutuhan individu, kerentanan, pemerintahan, dan aktivitas bisnis suatu organisasi. Teknologi informasi dapat memberikan data yang sangat penting seperti yang ditunjukkan oleh kebutuhan dan harapan organisasi untuk diputuskan dengan mudah. (Harun Al Rasyid, 2021).

Dari gambaran di atas cenderung dapat dikemukakan bahwa teknologi informasi merupakan perpaduan antara hardware dan software yang digunakan untuk menangani informasi, termasuk mendapatkan, mengumpulkan, menyimpan, menuntun informasi dengan cara yang berbeda untuk memberikan data yang berkualitas, khususnya data yang penting, tepat dan ideal, yang digunakan untuk kebutuhan individu, bisnis dan pemerintah serta merupakan data penting untuk menentukan pilihan.

Perkembangan yang sangat pesat dalam teknologi informasi saat ini dikenal dengan media sosial (medsos), bisa kita temui setiap hari dan tidak ada yang tidak memanfaatkan teknologi ini dari dewasa sampai anak-anak, bahkan ada istilah penggunaan teknologi ini yaitu dunia dalam genggaman kita, teknologi tersebut diantara lain alat perangkat lunak misalnya internet, facebook, twitter, whatsapp dan perangkat keras yaitu laptop, telepon dan lain-lain (Hadad, 2021).

Teknologi yang berkembang semakin banyak di Masyarakat saat ini tidak semuanya berdampak kebaikan tetapi ada juga dampak buruknya bagi kita. Sebagai pelanggan teknologi sebaiknya kita lebih bijak, dengan perselisihan tentang apakah teknologi itu memperburuk atau meningkatkan kondisi manusia. Teknologi ini dapat dilihat melalui barang-barang, benda-benda, atau alat-alat yang berhasil diciptakan oleh manusia untuk mempermudah dan melancarkan realisasi hidupnya di dalam dunia. Dimana hal ini juga memperlihatkan tentang wujud dari karya cipta dan karya seni (Rifi, 2023). Saat ini faktor yang bisa menjadi salah satu kunci kesuksesan dalam peningkatan efektifitas pelayanan adalah pemanfaatan Teknologi Informasi.

Teknologi informasi memiliki beberapa tujuan yaitu :

- a. Pemecah Masalah
- b. Sarana inovasi
- c. Meningkatkan Kemampuan Dan Produktivitas Dalam Menjalankan Usaha atau pelayanan.

Sedangkan Fungsi Teknologi Informasi menurut Sutarman ada enam, yaitu :

- a. Menangkap (*Capture*)
- b. Mengolah (*Processing*) Menentukan tindakan yang pasti, misalnya mendapatkan masukan dari konsol, scanner, mic, dll. Memproses informasi dari masukan yang didapat menjadi data. Penyusunan informasi dapat berupa transformasi (mengubah informasi ke struktur yang berbeda), investigasi (pemeriksaan kondisi), komputasi (estimasi), penyatuan (campuran) semua jenis informasi dan data.

1) *Data processing*, menyusun informasi menjadi data.

- 2) *Information processing*, computer yang bekerja memproses satu jenis data dan mengubahnya menjadi jenis data lain.
 - 3) *Multimedia system*, suatu system komputer yang dapat memproses berbagai tipe/bentuk dari informasi secara bersamaan (simultan).
- c. Menghasilkan (*Generating*) Menyatukan data kedalam struktur yang memiliki fungsi. Misalnya: laporan, tabel, grafik, dll.
 - d. Menyimpan (*Storage*) Menghimpun data dalam suatu media yang dapat dimanfaatkan untuk berbagai keperluan. Misalnya, disimpan ke *hard drive*, kaset, dll.
 - e. Mencari kembali (*Retrieval*) memulihkan data atau menggandakan informasi dan data yang telah disimpan, misalnya mencari provider yang sudah lunas, dll.
 - f. Transaksi (*Transaction*), Pengiriman data mulai dari satu area lalu ke area berikutnya melalui computer. Misalnya mengirimkan informasi transaksi dari user satu ke user yang berbeda, dll. Dari gambaran di atas terlihat bahwa inovasi data memiliki tujuan dan kemampuan yang berbeda-beda bagi suatu organisasi dan semuanya tergantung pada bidang usaha masing-masing organisasi.

Dalam kegiatan manusia, teknologi informasi memiliki peranan yang sangat penting yaitu dapat menjadi fasilitator pokok dalam aktivitas bisnis serta dapat memberikan bantuan yang besar terhadap perubahan dasar susunan, pengoperasian serta manajerial perusahaan. Teknologi informasi juga berperan sebagai penyeimbang dan memudahkan kinerja manusia dalam menjalani tugas. Hal ini dilatarbelakangi dengan semua bentuk kepraktisan yang ditawarkan oleh teknologi informasi serta dapat meningkatkan posisi kompetitif, dapat menghemat biaya, serta meningkatkan fleksibilitas masyarakat. Kemudahan yang ditawarkan dalam teknologi informasi dapat menghadirkan koneksi antara pribadi atau kelompok yang satu dengan yang lainnya dalam dunia kerja. Hal ini dapat mereka lakukan tanpa memandang jarak dan waktu, mereka dapat mengupdate informasi kapanpun mereka inginkan. Tidak ada faktor yang dapat menghambat kegiatan diskusi, kegiatan bisnis serta kegiatan bertukar pikiran antar kelompok kerja. Sebagai contoh, berkat adanya teknologi informasi manusia dapat mengambil uang melalui mesin ATM tanpa perlu lagi mengantri di bank. Selain itu, kegiatan transaksi dapat dilakukan secara mudah. (Putri P dan Ali, 2022)

Sistem monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART)-IGD) menggunakan teknologi informasi berupa penyempurnan data dashboard pasien IGD yang ditampilkan berdasarkan waktu Keberadaan pasien. Dashboard ini menangkap data dari

proses pendaftaran pasien di IGD yang kemudian diolah dan ditampilkan dalam bentuk data gambar yang menampilkan warna tertentu berdasarkan waktu keberadaan pasien di IGD. Data pasien yang masih ditatalaksana di IGD akan ditampilkan pada row bagian atas, kemudian data pasien tersebut apabila telah ditetapkan tatalaksana lanjutannya berupa : 1) Tindakan Operasi; 2) Rawat Inap; 3) Pulang; 4) Meninggal, data pasien tersebut akan tersimpan didalam database dan masuk kedalam row kedua. Data pasien yang sudah mendapatkan tatalaksana didalam row kedua ini akan tertampil sampai jam 00.00 WIB, selanjutnya setelah jam 00.00 WIB akan muncul data pasien pada hari berikutnya. Rekapitan pasien yang sudah ditatalaksana akan ditampilkan di row ketiga dalam bentuk grafik yang menunjukkan capaian angka LOS pasien di IGD, baik itu harian ataupun data per bulan.

4. Pengelolaan Tim

Penilaian kinerja pemerintahan dapat dilihat dari indikator penting yaitu melalui pelayanan publik yang diberikan. Pelayanan publik ini merupakan pelayanan dasar yang diberikan baik di tingkat pusat maupun daerah. Organisasi pemerintahan yang baik selayaknya menampilkan pelayanan publik yang baik. Oleh karena itu, peningkatan pelayanan publik dalam organisasi pemerintahan memerlukan tim yang efektif dalam aksi perubahannya. Bagi banyak organisasi, keberhasilan membangun tim kerja yang efektif merupakan kunci keberhasilan untuk mencapai tujuan organisasi. Karena itu, tim kerja dalam aksi perubahan merupakan penentu keberhasilan. Berdasarkan hal itulah seorang pemimpin yang akan menjalankan aksi perubahan terlebih dahulu harus merancang pembentukan tim kerja yang efektif.

Konsep tim efektif dalam pelayanan menurut Katzenbach and Smith, (1993) didefinisikan sebagai berikut : *a team is a small number of people with complementary skills who are committed to a common purpose, performance goals, and approach for which they are mutually accountable*. Singkatnya, kita bisa simpulkan bahwa pengertian dari tim adalah sekumpulan orang yang memiliki keterampilan yang saling melengkapi dan memiliki komitmen untuk mencapai suatu tujuan bersama dengan suatu proses kerja bersama dimana mereka saling bertanggung jawab satu sama lain.

Jika definisi tim ini dikaitkan dengan kata efektif, maka tim efektif dapat didefinisikan sebagai tim yang berhasil mencapai apa yang menjadi tujuannya (*teams that are able to achieve their purpose*). Dalam sebuah tim efektif, seluruh komponen tim bekerja dengan sungguh-sungguh sesuai dengan peran dan fungsinya masing-

masing yang ditujukan semata-mata untuk meraih tujuan tim, yang merupakan tujuan bersama. Rasa memiliki/*taking ownership* terhadap tujuan tim harus tertanam pada setiap anggota sehingga lahirlah apa yang disebut sebagai tanggung jawab dan kerelaan untuk berkorban dalam mencapai tujuan Bersama tersebut. Pentingnya keberadaan tim efektif adalah dalam upaya mempercepat tercapainya tujuan, menambah kreativitas dalam penyelesaian masalah dan meningkatnya kualitas penyelesaian masalah.

Apabila kita akan melakukan aksi perubahan dalam perbaikan pelayanan, maka tahapan membangun tim efektif merupakan langkah awal yang harus dilalui. Tahapan dalam pembentukan tim Efektif menurut Bruce Tuckman, adalah sebagai berikut:

a. *Forming* (Tahap Pembentukan Tim).

Tahapan ini merupakan tahapan awal dalam pembentukan tim. Dalam tahap ini komposisi tim ditentukan, siapa yang menjadi pemimpin, anggota, dan penyelar. Setelah komposisi tim terbentuk, selanjutnya mempelajari peluang, tantangan, dan tujuan akhir (*goals*). Fungsi masing-masing anggota tim mulai memitigasi sesuai tugasnya, semakin lengkap mitigasi semakin bagus kerja tim. Disini peran pemimpin sebagai coach sangat penting, pemimpin harus bisa menyikapi perbedaan pandangan dari anggota tim dengan sedikit perintah namun tepat dan efektif. Tugas utama dari pemimpin tim adalah memfasilitasi hubungan (*facilitation contact*) antar para pihak yang masuk menjadi anggota tim. Kemampuan ini membutuhkan keterampilan berkomunikasi dan memfasilitasi komunikasi antar pihak.

b. *Storming* (Tahap Penentuan Aspirasi)

Dalam tahap ini pemimpin harus bersikap independen terhadap perbedaan pendapat anggota tim. Perbedaan bisa menjadi sebuah kekuatan apabila dikelola dengan baik. Tugas utama dari seorang pemimpin adalah mengelola konflik yang mungkin terjadi. Diskusi dan negosiasi akan sangat membantu pada tahapan ini. Oleh karena itu, kemampuan dalam mengelola konflik serta mengelola kepercayaan dari pihak yang berkolaborasi dalam sebuah tim sangat dibutuhkan.

c. *Norming* (Tahap Penentuan Aturan)

Munculnya perbedaan pendapat, karakter dan persaingan dari masing-masing anggota tim merupakan suatu keniscayaan. Hal ini memerlukan aturan atau tata tertib yang jelas, sehingga perbedaan dan persaingan menjadikan anggota tim lebih solid karena memiliki satu tujuan yang sama. Semua tujuan Bersama dan kesepakatan berbagi peran (*coordinative action*) telah terjalin. Pada tahap ini hal terpenting yang harus dilakukan oleh pemimpin adalah mempertahankan rasa saling

percaya antar pihak-pihak terkait sehingga semua pihak dapat melakukan pekerjaan masing-masing dengan baik dalam rangka mencapai tujuan bersama.

d. *Performing* (Tahap Pelaksanaan).

Pada tahap ini umumnya sudah didapatkan hasil dari pembentukan tim. Namun bisa juga kembali pada tahap *storming* atau *norming* apabila ada perubahan kepemimpinan karena masing-masing pimpinan bisa jadi mempunyai perbedaan cara pandang. Hal terpenting yang dilakukan oleh pemimpin kolaborasi adalah memberikan dukungan (*facilitation of work*) untuk semua anggota tim agar melakukan tugas dengan sebaik-baiknya. Selain itu, pada tahapan ini juga pemimpin tim harus terus mempertahankan saling kepercayaan antar anggota tim dengan memfasilitasi komunikasi yang baik diantara mereka (*facilitation of contact*).

Selain memahami tahapan diatas, perlu juga dilakukan pengelolaan tim kerja aksi perubahan berdasarkan analisis stakeholder yang terlibat dalam aksi perubahan. Adapun Stakeholder dalam aksi perubahan ini terdiri dari:

a. *Promoters*.

Stakeholders yang masuk kedalam kelompok ini memiliki kepentingan besar terhadap proyek perubahan dan juga memiliki kekuatan untuk membantu keberhasilan aksi. Dalam aksi perubahan Implementasi SMART-IGD melalui penyempurnaan dashboard pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan pasien adalah Direktur Utama dan Jajaran direksi lainnya, Komite Keperawatan, Kepala Instalasi Gawat Darurat, Komite Keperawatan, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan, Medik dan Penunjang.

b. *Latents*.

Stakeholders yang masuk kedalam kelompok ini tidak memiliki kepentingan khusus maupun terlibat dalam proyek perubahan, tetapi memiliki kekuatan besar untuk mempengaruhi proyek perubahan jika mereka menjadi tertarik yaitu Tim SIRS, Tim Kerja Diklat, Tim Kerja Humas, Pasien atau Keluarga, Kelompok Staf Medik, BPJS, Dokter Jaga dan Konsulen.

c. *Defenders*.

Stakeholders yang masuk kedalam kelompok ini memiliki kepentingan pribadi dan dapat menyuarakan dukungannya dalam komunitas, tetapi kekuatannya kecil untuk mempengaruhi proyek perubahan yaitu Tim Kerja keuangan, Profesi Lain, Komite Medik dan Komite Nakes Lain.

d. *Apathetics*.

Stakeholders yang masuk ke dalam golongan ini kurang memiliki kepentingan maupun kekuatan, bahkan mungkin tidak mengetahui adanya aksi perubahan yaitu Dinas Kesehatan, RS Perujuk, dan Institusi Pendidikan.

B. Deskripsi Hasil Kepemimpinan

1. Capaian dalam Tahapan Output Inovasi

Setelah melalui tahapan proses pelaksanaan dari rencana aksi perubahan “Implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART-IGD) melalui penyempurnaan Dashboard IGD Berdasarkan waktu keberadaan Pasien, dapat dilaporkan capaian dalam tahapan output inovasi aksi perubahan sebagai berikut:

a. Konsultasi rencana aksi perubahan implementasi SMART-IGD

1) Konsultasi dengan Mentor

Mentor yang merupakan pengarah dan sekaligus pendukung serta penentu kebijakan dalam menjalankan aksi perubahan menjadi tempat untuk berkonsultasi dalam menjalankan aksi perubahan mulai dari rancangan aksi perubahan hingga pelaporan aksi perubahan. Dalam Aksi perubahan ini project leader diharapkan dapat mengimplementasikan prinsip prinsip kepemimpinan dalam rangka membangun kemampuan mengaktualisasikan kepemimpinan pelayanan dalam pelaksanaan sehingga memperoleh hasil sebagaimana yang diharapkan (Nurhayat, 2016).

Project leader melakukan koordinasi dan melaporkan terkait hasil pelaksanaan kegiatan On Campus pada Pelatihan Kepemimpinan Pengawas Angkatan 1 Tahun 2024 Kepada Manajer Pelayanan Keperawatan sebagai Mentor. Koordinasi antara project leader dengan mentor Manajer Pelayanan Keperawatan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dilakukan pada tanggal 02 September 2024 dalam rangka memperoleh arahan, masukan dan pedoman dalam memulai aksi perubahan sesuai dengan target yang ingin diperoleh.



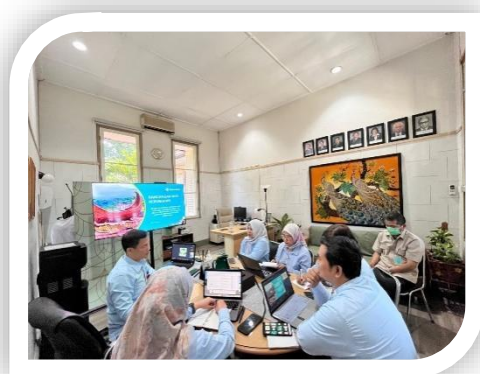
Gambar 5.1
Konsultasi dengan Mentor

2) Konsultasi Dengan Direktur Terkait

Dukungan dari Pimpinan sangatlah penting dalam sebuah aksi perubahan, bahkan bisa menjadi salah satu kunci keberhasilan dari aksi perubahan. Dalam hal ini aksi perubahan “Implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART-IGD) melalui penyempurnaan Dashboard IGD Berdasarkan waktu keberadaan Pasien” telah mendapatkan dukungan resmi dari Direktur Utama dan Jajaran Direksi lainnya, dengan dibuatkannya surat pernyataan dukungan dari masing-masing direktur, dan terbitnya SK Tim Efektif yang ditanda-tangani oleh Direktur Utama setelah sebelumnya melalui proses verbal konsep dari direktur Medik dan Keperawatan, Direktur SDM Pendidikan dan Penelitian dan Direktur Layanan Umum dan Operasional. Selain itu bentuk dukungan dari Direksi tampak pada keikutsertaannya dalam beberapa pertemuan diantaranya dalam persiapan operasionalisasi dan sosialisasi Dashboard IGD, SOP dan alur baru dalam rangka implementasi SMART-IGD.

Konsultasi dengan Direktur Medik dan Keperawatan dilakukan tanggal 02 September 2024, setelah mendapatkan arahan dari Mentor. Dilanjutkan konsultasi kepada Direktur Layanan Umum dan Operasional tanggal 12 September 2024 sesuai masukan dari Direktur Medik dan Keperawatan.

Tidak hanya sampai disitu dukungan Dewan Direksi juga berlanjut dengan memfasilitasi rekrutmen tenaga Dokter Umum dan Perubahan kebijakan dalam alur penanganan pasien di IGD, serta ikut terlibat dalam proses sosialisasi aplikasi Sistem kepada seluruh Kelompok Staf Medik dan Stakeholder lain terkait pelayanan di IGD.



Gambar 5.2
Konsultasi dengan Direktur Medik,
Keperawatan dan Penunjang



Gambar 5.3
Konsultasi dengan Direktur Layanan
Umum dan Operasional

b. Sosialisasi Rencana aksi perubahan implementasi SMART-IGD

Untuk meningkatkan kesadaran terhadap rencana aksi perubahan, maka setelah mendapatkan dukungan dari Pimpinan, dilakukan sosialisasi kepada staf di area pelayanan IGD. Sosialisasi awal dilakukan pada tanggal 02 September 2024. Hal ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran awal terkait rencana aksi perubahan dan meminta dukungan dari staf. Kegiatan sosialisasi ini juga sekaligus menjaring staf yang akan diusulkan untuk menjadi tim efektif.



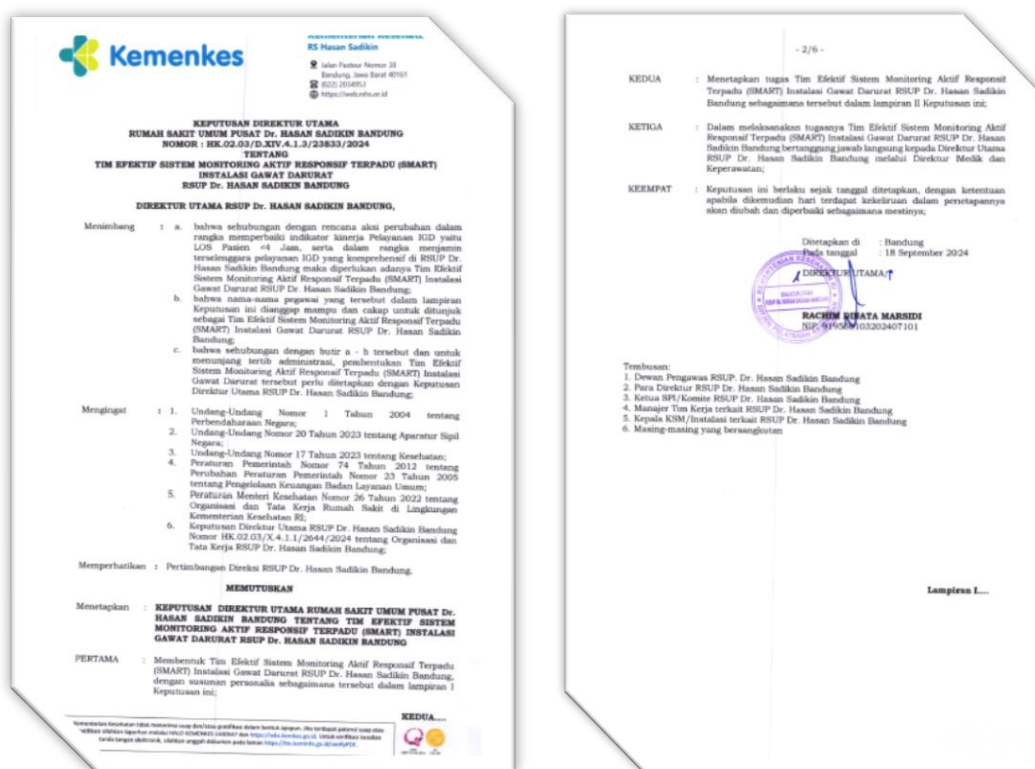
Gambar 5.4
Sosialisasi Rencana Aksi Perubahan Kepada Staf IGD

c. Pembentukan Tim Efektif.

Pembentukan Tim efektif dilaksanakan dengan menunjuk 24 (dua puluh empat) orang staf dari berbagai bagian yang memiliki kompetensi yang sesuai untuk mendukung pelaksanaan aksi perubahan, diluar dewan direksi. Tim efektif yang dibentuk dan pembagian tugasnya dituangkan dalam surat keputusan yang ditandatangani oleh Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung pada tanggal 18 September 2024.

Tim efektif Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART-IGD) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung terdiri dari : Pelindung : Direktur Utama; Penasehat : Jajaran Direksi; Penanggung Jawab : Kepala IGD; 1 orang Koordinator (*Project Leader*); 2 Orang sekretaris; 1 orang Penanggung Jawab Pelayanan Medik dan Sisrute dengan 3 orang anggota; 1 orang Penanggung Jawab Pelayanan Keperawatan dengan 5 orang anggota; 1 orang Penanggung Jawab Pendaftara dengan 2 orang anggota; 1 orang Penanggung Jawab Sistem Informasi Rumah Sakit

dengan 2 orang anggota; 1 orang Penanggung Jawab Monitoring tempat tidur dengan 2 orang anggota; 1 orang Penanggung Jawab Informasi dengan 1 orang anggota. Surat Keputusan Tim Efektif SMART IGD seperti pada gambar dibawah ini :



Gambar 5.5
SK Tim Efektif SMART-IGD

d. Rapat dengan Tim Efektif

Rapat tim efektif dilakukan untuk menyampaikan Surat Keputusan Pembentukan Tim Efektif, serta penyampaian uraian tugas masing-masing serta target aksi perubahan. Selain itu rapat ini juga membicarakan terkait mitigasi risiko dalam implementasi SMART-IGD dan bagaimana antisipasi yang akan dilakukan manakala risiko tersebut muncul. Rapat tim efektif ini juga menjadi media komunikasi terkait implementasi aksi perubahan dan media diskusi dalam menghadapi berbagai tantangan, sehingga aktifitas ini menjadi sangat penting.

Rapat tim efektif tidak selalu dilakukan secara formal, tetapi bisa juga dilakukan ketika *project leader* sedang melakukan supervisi pelayanan di IGD. Pada kesempatan itu bisa juga dibahas terkait hal-hal yang ditemukan dalam pelaksanaan aksi perubahan.



Gambar 5.6
Rapat Tim Efektif SMART-IGD

e. Penyusunan Bisnis Proses pelayanan di IGD dan desain tampilan Dashboard

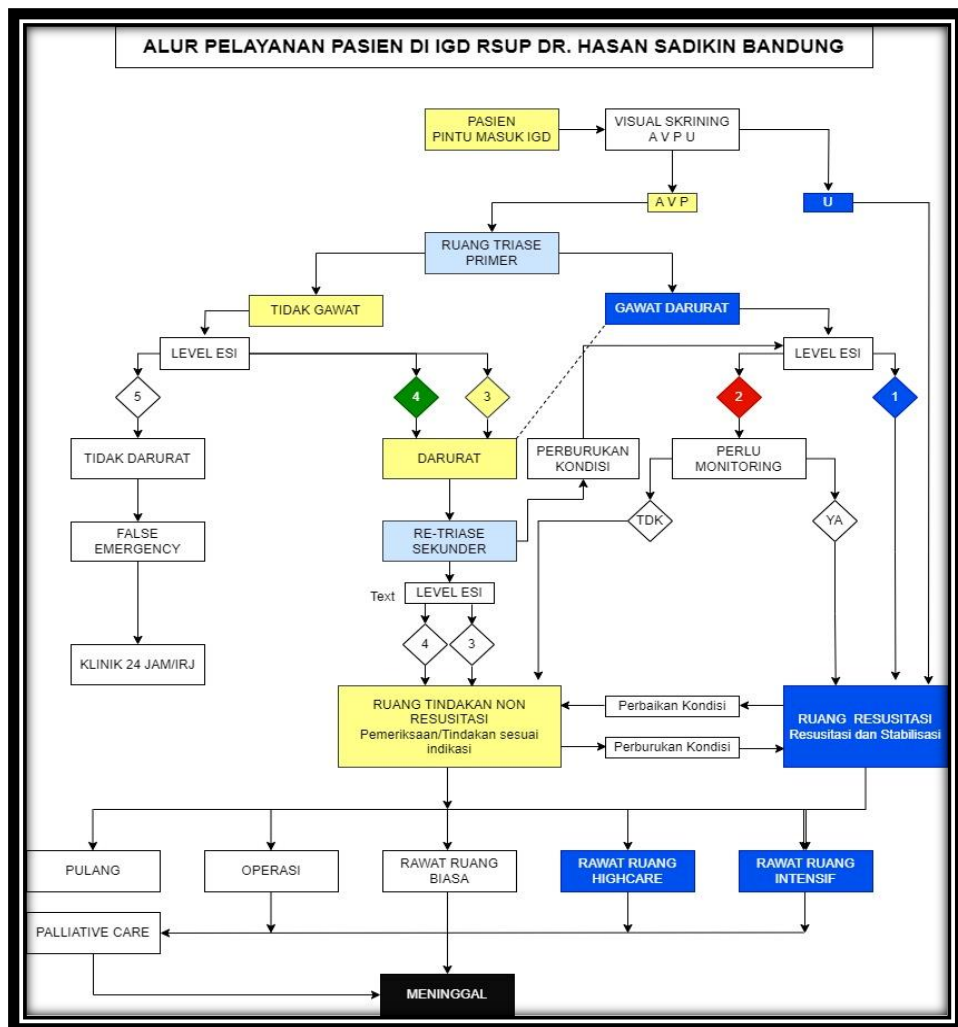
Penyusunan bisnis proses sangat diperlukan dalam tahapan aksi perubahan SMART-IGD. Hal ini untuk memberikan Gambaran yang jelas terkait alur pelayanan yang akan dilalui pasien ketika mendapatkan pelayanan di IGD. Selain itu dengan Bisnis Proses yang jelas akan tergambar tufoksi masing-masing pada setiap tahap atau fase layanan.

IGD RSUP dr. Hasan Sadikin mengadopsi *Australian Triage Scale (ATS)* dalam pelayanan kegawat darurannya. Dalam ATS terdapat lima level kegawat daruratan, mulai dari kategori 1 sampai dengan kategori 5, dengan masing-masing kategori menunjukkan tingkat kegawat daruratan yang berbeda, yaitu:

- 1) Kategori 1 merupakan *immediately life-threatening* (dengan segera mengancam nyawa);
- 2) Kategori 2 merupakan *imminently life-threatening* (dalam waktu dekat akan mengancam nyawa);
- 3) Kategori 3 merupakan *potentially life-threatening or important time-critical treatment or severe pain* (berpotensi mengancam nyawa atau perlu waktu penanganan yang segera atau nyeri berat);
- 4) Kategori 4 merupakan *potentially life-serious or situational urgency or significant complexity* (berpotensi menjadi kondisi serius atau situasional urgensi atau Tingkat kompleksitas yang signifikan);
- 5) Kategori 5 merupakan *less urgent* (kurang mendesak).



Gambar 5.7
 Rapat Penyusunan Bisnis Proses Pelayanan di IGD



Gambar 5.8
 Bisnis Proses Pelayanan Pasien di IGD

f. Pembuatan *Mock Up* dashboard SMART-IGD

Langkah selanjutnya setelah penyusunan Bisnis Proses alur pelayanan pasien IGD, Bersama tim Efektif dari Tim IT, Menyusun *Mock UP* Dashboard Pasien IGD

berdasarkan waktu keberadaan pasien. Langkah ini dilakukan untuk memberikan Gambaran tampilan dashboard yang akan dibuat. Menentukan menu-menu yang akan ditampilkan didalam dashboard, dan bagaimana alur pengambilan data untuk ditampilkan didalam dashboard. Selain itu juga bagaimana proses *cut off time* yang digunakan untuk masuk kepada tahap berikutnya.

Langkah ini sangat penting supaya dashboard yang ditampilkan akurat dan dapat menyajikan data sesuai dengan kebutuhan user. Tidak menambah beban kerja bagi petugas IGD tetapi memberikan kemudahan untuk memberikan tatalaksana lanjutan.



Gambar 5.9
Proses pembuatan Mock Up Dashboard



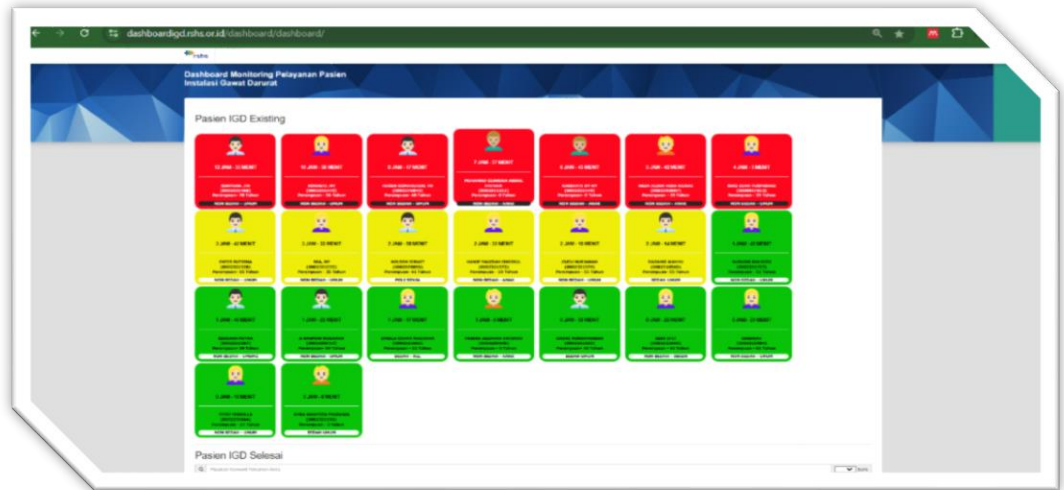
Gambar 5.10
Desain Mock Up Dashboard

g. Penyempurnaan dashboard

Setelah dilakukan pembuatan *Mock Up* tampilan dashboard dan mendapatkan masukan dari pimpinan, Tim Efektif dan stakeholder lainnya, maka dilakukan penyempurnaan dashboard dengan memperhatikan masukan-masukan yang diberikan. Salah satu masukan yang disampaikan adalah tataletak posisi pasien dalam dashboar diurut dari yang paling lama samapai yang paling baru.

Masukan berikutnya adalah tampilan grafik capaian LOS IGD < 4 jam, agar dapat dimonitor secara real time dan dimunculkan juga grafik capaian bulannya. Untuk penampilan grafik pada dashboard ini masih membutuhkan penyempurnaan, dikarenakan perlu mengkalkulasikan rumus untuk bisa menampilkan data sesuai dengan formula dari indicator mutu LOS pasien IGD < 4 jam.

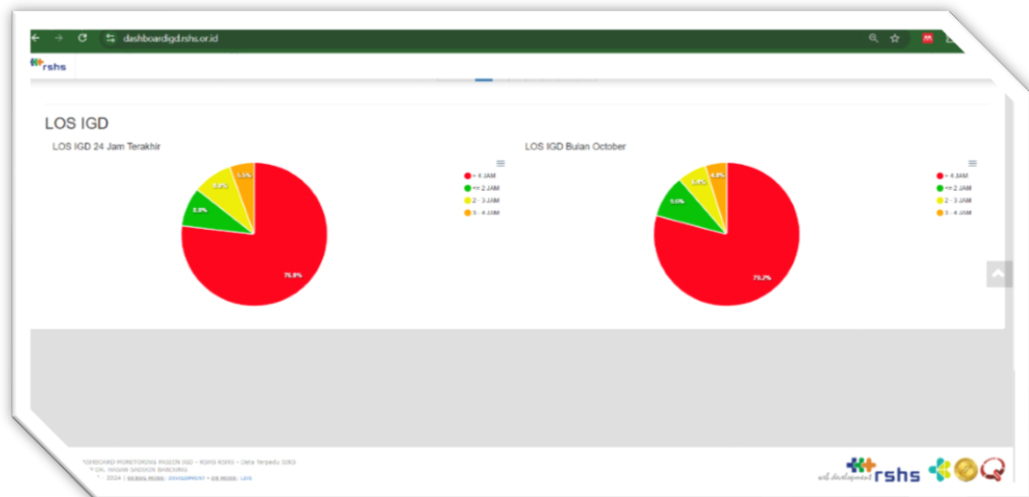
Tampilan dashboard yang telah disempurnakan sebagaimana terlihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 5.11
Tampilan Dashboard Row Pertama

DATA PASIEN	KETERANGAN IGD	DURASI IGD	STATUS PASIEN
FERRANZA ANGGARA PRIBO (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 04:02:00 BESMAN - PUL	12 JAM - 02 SEKUT	DURAWAT
ESTER ANGGARA SAKTIANAN (S) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 02:52:04 BESMAN - PUL	12 JAM - 02 SEKUT	DURAWAT
IPRAH JAY (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 02:18:00 BESMAN - PUL	12 JAM - 02 SEKUT	PULANG
MIRANDA SYAHANDA (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	DURAWAT
SELA AUSTIAN, NY. (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	DURAWAT
HELIA SYALZA N (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	PULANG
MURAHAN (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	DURAWAT
BARUEL (S) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	DURAWAT
SELA HUSMAN (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	DURAWAT
WINDA WINDA DUNGANAN (S) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	PULANG
FURMANA (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	PULANG
HENING KORNALA (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	DURAWAT
RAMADHAN (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	PULANG
NATIA RAHMA NUR (P) 08-04-88	Masuk : 2024-10-24 00:04:00 BESMAN - PUL	1 JAM - 01 SEKUT	DURAWAT

Gambar 5.12
Tampilan Dashboard Row Kedua



Gambar 5.13
Tampilan Dashboard Row Ketiga

Dashboard Pasien IGD menampilkan data dari aplikasi pendaftaran pasien. Entri data dilakukan oleh staf rekam medik yang bertugas di bagian pendaftaran. Data pasien yang sudah di entri ditampilkan kedalam dashboard IGD. Dashboard IGD ini memiliki 3 row data, yang *pertama* adalah data pasien IGD eksisting, yaitu pasien-pasien yang masih berada di ruang IGD dan sedang mendapatkan tatalaksana kegawat daruratan.

Pada bagian ini, digunakan tiga warna untuk memudahkan membedakan pasien berdasarkan waktu keberadaan. Warna pertama adalah **Hijau**. warna ini menunjukkan keberadaan pasien 0-2 jam pertama. Pada tahapan ini dokter IGD dan staf lainnya diberikan wewenang untuk melakukan tatalaksana kepada pasien, dan memutuskan kebutuhan perawatan lanjutan sebelum 2 jam berakhir. Waktu Keputusan tatalaksana lanjutan ditetapkan sebagai indikator mutu “*Decision Time*” yang dilaporkan setiap bulan. Tatalaksana lanjutan ini bisa berupa : Rawat Inap, Operasi, Pulang atau Meninggal. Warna kedua adalah **Kuning**. Warna ini menunjukkan keberadaan pasien 2-4 jam. Pada tahap ini pasien seharusnya sudah mendapatkan keputusan tatalaksana lanjutannya. Sehingga pada jam ke-2 sampai ke-4 adalah waktunya *delivery time*. Yaitu pengiriman pasien sesuai keputusan yang sudah ditetapkan. Waktu 0-4 jam dijadikan indikator mutu LOS IGD < 4 Jam yang merupakan indikator pelayanan IGD yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan yang dilaporkan setiap bulan. Pada bagian ini biasanya terdapat permasalahan terkait kebutuhan ruang perawatan dikarenakan ruangan yang dituju belum ada. Warna ketiga adalah **Merah**. Warna ini menunjukkan pasien telah berada di IGD lebih dari 4 jam, sehingga menjadi prioritas untuk mendapatkan ruangan perawatan atau tindakan lainnya sesuai kebutuhan. Semua pasien pada bagian ini yang sudah mendapatkan tatalaksana lanjutan akan masuk ke row berikutnya yaitu data pasien selesai.

Berikutnya adalah row data *kedua* yaitu data pasien yang selesai ditatalaksana di IGD dan telah mendapatkan tindakan lanjutan (Rawat Inap, Operasi, Pulang atau Meninggal). Data pasien masuk ke row kedua melalui penerbitan billing rawat inap atau penyelesaian administrasi pulang atau meninggal. Tindakan ini dilakukan oleh staf medrek yang bertugas di *admission center*. Didalam bagian ini tidak akan mengubah tampilan warna, tetapi akan diberikan informasi tambahan apakah pasien dirawat atau pulang atau meninggal. Data olahan dari row kedua akan digunakan untuk menampilkan grafik pada row ketiga.

Row ketiga merupakan bagian yang menampilkan data mutu pelayanan IGD. Saat ini yang bisa ditampilkan baru data LOS IGD<4Jam, walaupun masih memerlukan penyempurnaan dalam pengambilan data sesuai dengan kamus indikator LOS IGD < 4 jam, agar data yang ditampilkan valid. Untuk pengembangan selanjutnya jika Dashboard pasien IGD ini sudah bisa bridging dengan rekam medik elektronik, maka bisa juga menampilkan indikator mutu “*Respon time* IGD < 8 menit” dan “*Decision Time* IGD<120 menit.”

h. Uji Coba Operasionalisasi Dashboard SMART-IGD

Setelah mendapatkan beberapa masukan dan dilakukan penyempurnaan pada tampilan dashboard pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan, Langkah selanjutnya adalah Uji Coba operasionalisasi Dashboard SMART IGD. Proses ini diawali dengan rapat persiapan Uji Coba dan kemudian dilakukan evaluasi.

Uji Coba Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART-IGD) melalui penyempurnaan dashboard pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan pasien dilakukan tanggal 23 September 2024. Dimulai dari proses registrasi pasien oleh tim efektif penanggung jawab administrasi. Saat registrasi oleh admin IGD, data pasien langsung muncul pada row pertama dashboard dan warna menunjukkan warna hijau. kemudian dilakukan tatalaksana sesuai alur pelayanan baru oleh penanggung jawab pelayanan medik dan keperawatan. Pasien yang dientri kemudian dipantau keberadaannya samapai dengan 2 jam, maka setelah waktu menunjukkan 2 jam lewat 1 detik warna profil pasien berubah menjadi kuning. Pasien ini kemudian dipantau sampai melebihi waktu4 jam keberadaan di IGD, dan ketika waktu keberadaan menunjukkan waktu 4 jam lewat 1 detik, warna profil pasien berubah menjadi merah.

Berikutnya adalah penetapan keputusan berupa pendaftaran rawat inap yang dikoordinasikan kepada tim efektif penanggung jawab monitoring rawat inap di admission centre. Setelah data pasien dientrikan pada aplikasi pendaftaran rawat inap dan keluar nomor biling dan rekam medik pasien, tampilan dashboard masuk kepada row kedua. Data yangmasuk ke row kedua tadi kemudian merubah capaian LOS pasien IGD<4 jam.

Dari ujicoba ini kitab isa melihat bahwa alur dashboard sudah berjalan sesuai dengan yang diharapkan.




Gambar 5.14
Rapat Persiapan Uji Coba Operasionalisasi Dashboard

i. Penyusunan SOP Alur Pelayanan Pasien di IGD

Sebelum implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART-IGD) melalui penyempurnaan dashboard pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan pasien, sebenarnya telah ada SOP Alur Tatalaksana pasien di IGD sebelumnya, akan tetapi SOP ini sudah hampir memasuki masa absolet dan memerlukan Revisi. Untuk itu Dilakukan Revisi SOP Alur pelayanan Pasien di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dengan melibatkan Tim Efektif. SOP ini diselesaikan tanggal 20 September 2024 dan ditandatangani oleh Direktur Utama Tanggal 23 September 2024. SOP yang sudah di tanda tangani diupload kedalam website arsip online RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dilaman <https://arsip.rsrs.or.id>


SOP yang sudah diupload kedalam arsip online dapat diakses oleh seluruh staf RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dimanapun keberadaannya dengan menggunakan akun masing-masing staf.

SOP Pelayanan Pasien di IGD ini memberikan panduan terhadap staf-staf IGD untuk memberikan pelayanan kepada pasien yang membutuhkan. Didalamnya sudah ditetapkan sesuai alur bisnis proses dan langkah-langkah yang harus dikerjakan oleh setiap petugas pada setiap tahapannya.



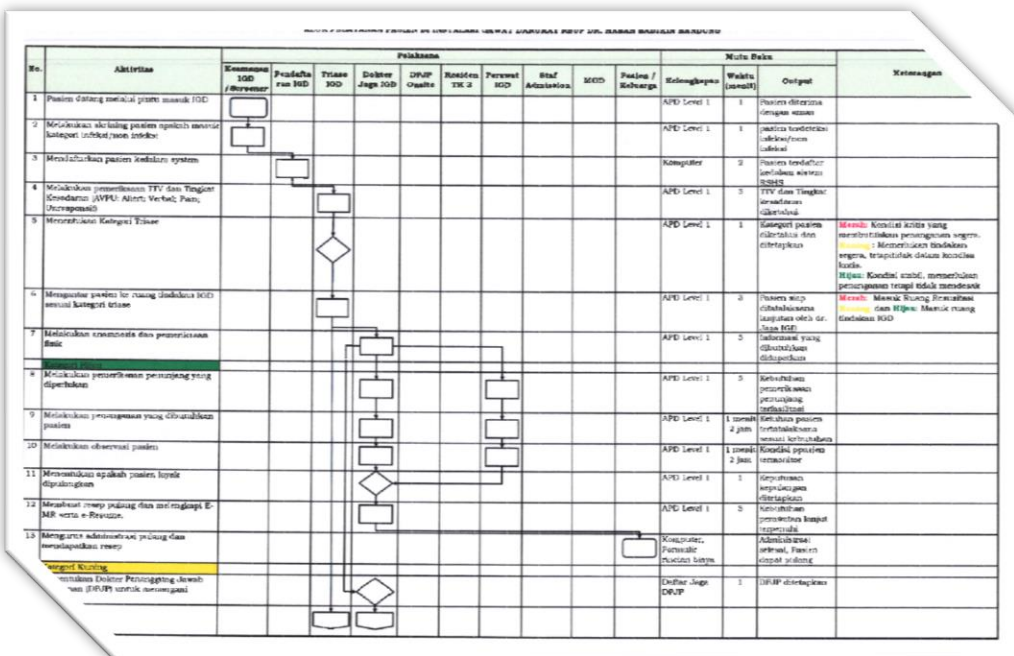
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
Jalan Pasteur No. 38 Bandung

DOKUMEN MASTER

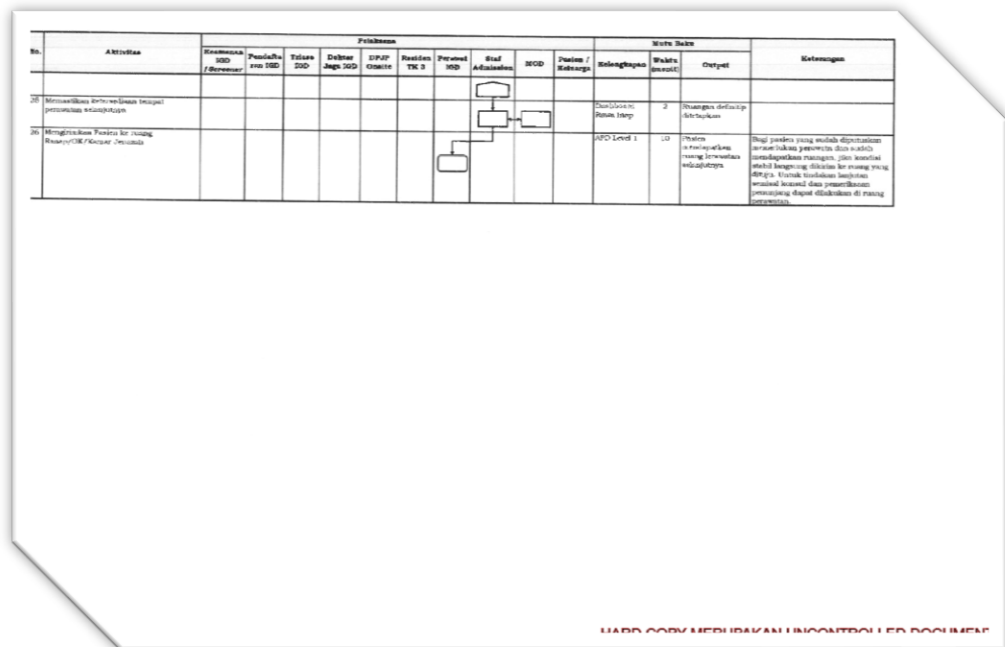
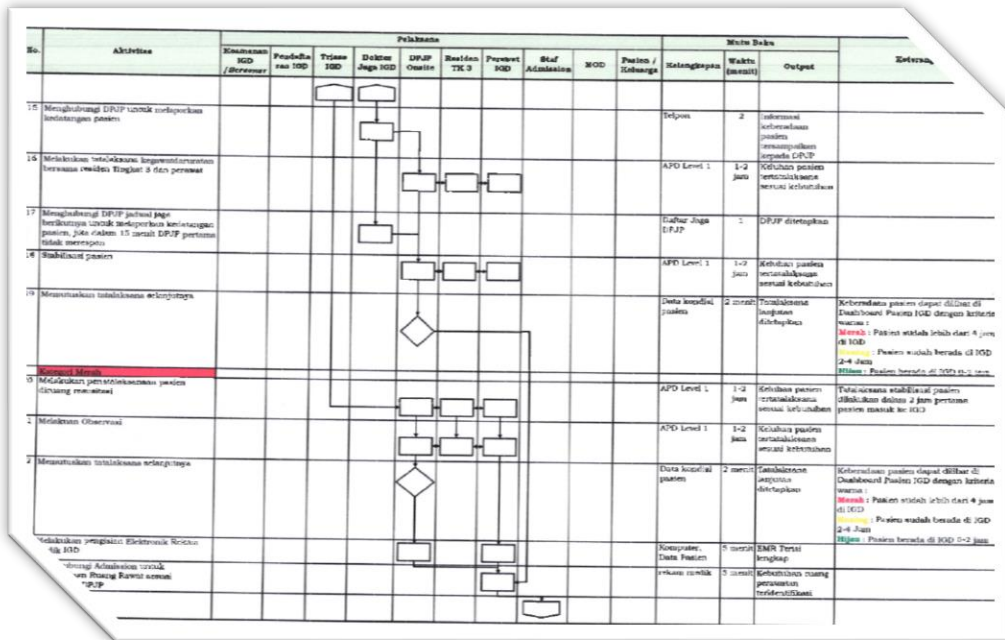
Nomor SOP: X/2/1.4.2/02/077
 Tanggal Pembuatan: 5 Mei 2021
 Tanggal Revisi: 23 September 2024
 Tanggal Efektif: 23 September 2024
 Disahkan oleh: 
 Direktur Utama,
Dr. H. Rachim Dinata Maridi, Sp.B., FINAC., M.Kes
 NIP. 919462103202407101

Nama SOP: ALUR PELAYANAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

Dasar Hukum :	Kualifikasi Pelaksana :
<ol style="list-style-type: none"> Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Nomor HK.02.03/X.4.2.1/13247/2022 tentang Panduan Skrining Pasien. Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Nomor HK.02.03/X.IV.4.2.1/2646/2024 tentang Panduan Pelayanan Instalasi Gawat Darurat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter Spesialis 2) Dokter Umum 3) Perawat 4) Keperawatan 5) Residen Tk 3 6) Administrasi 7) MCD 8) Staf Admisior
Keterkaitan : HK.02.03/X.4.2.1/13247/2022	Peralatan/Perlengkapan :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. APD 3. Formulir-formulir 4. EMR
Peringatan	Pencatatan dan Pundatan :
Apabila Alur Pelayanan Pasien Masuk Ke Instalasi Gawat Darurat ini tidak dilakukan maka akan memungkinkan terjadinya keterlambatan pelayanan dan lain dari pasien dan keluarga.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capaian indikator Mutu dilaporkan setiap bulan meliputi : Respon Time IGD<8 menit, Decision Time < 2 jam, dan LOS Pasien IGD< 4 Jam.



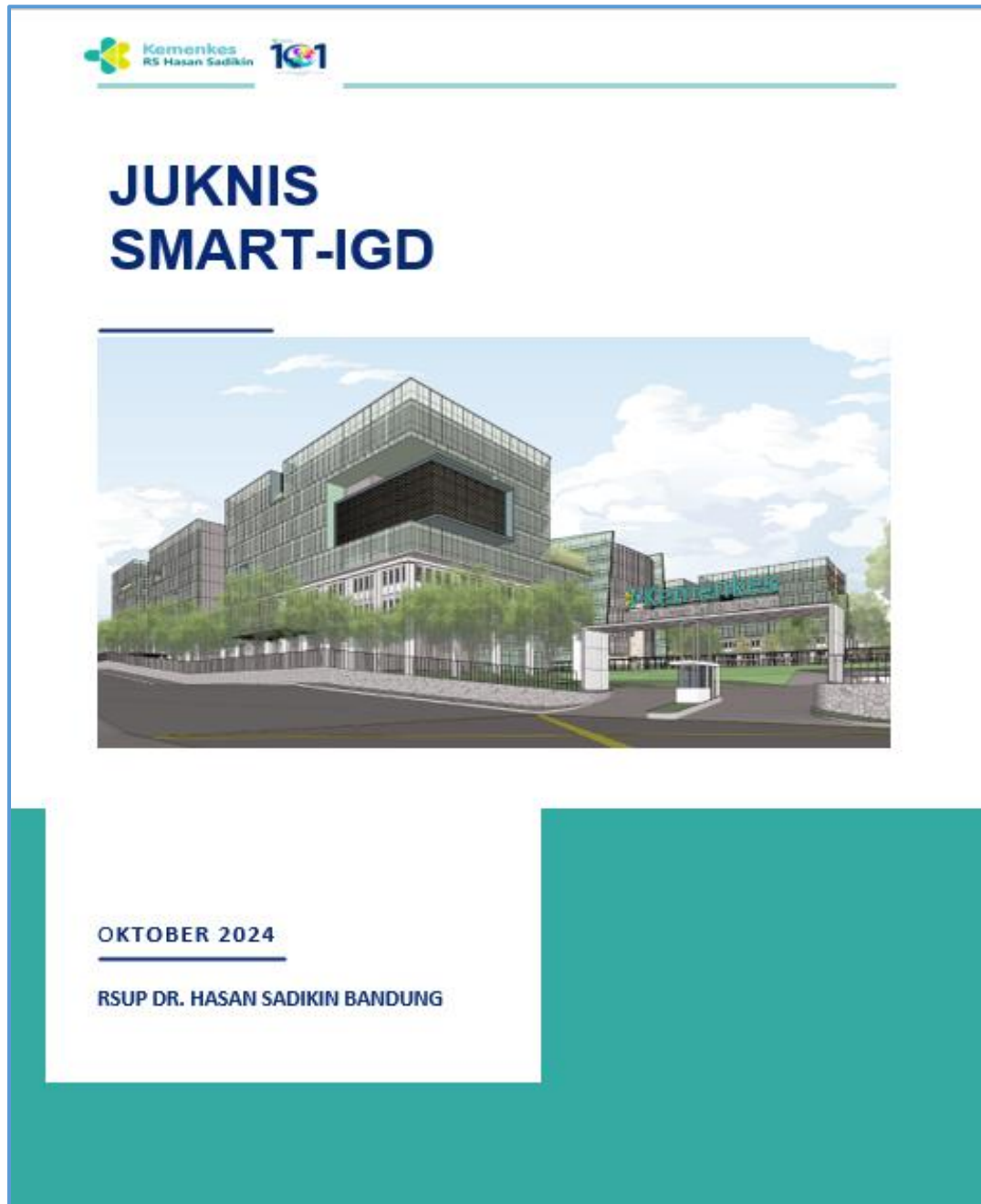
Gambar 5.15
SOP Alur Pelayanan Pasien di IGD



Gambar 5.15
SOP Alur Pelayanan Pasien di IGD

j. Penyusunan juknis tatalaksana SMART-IGD

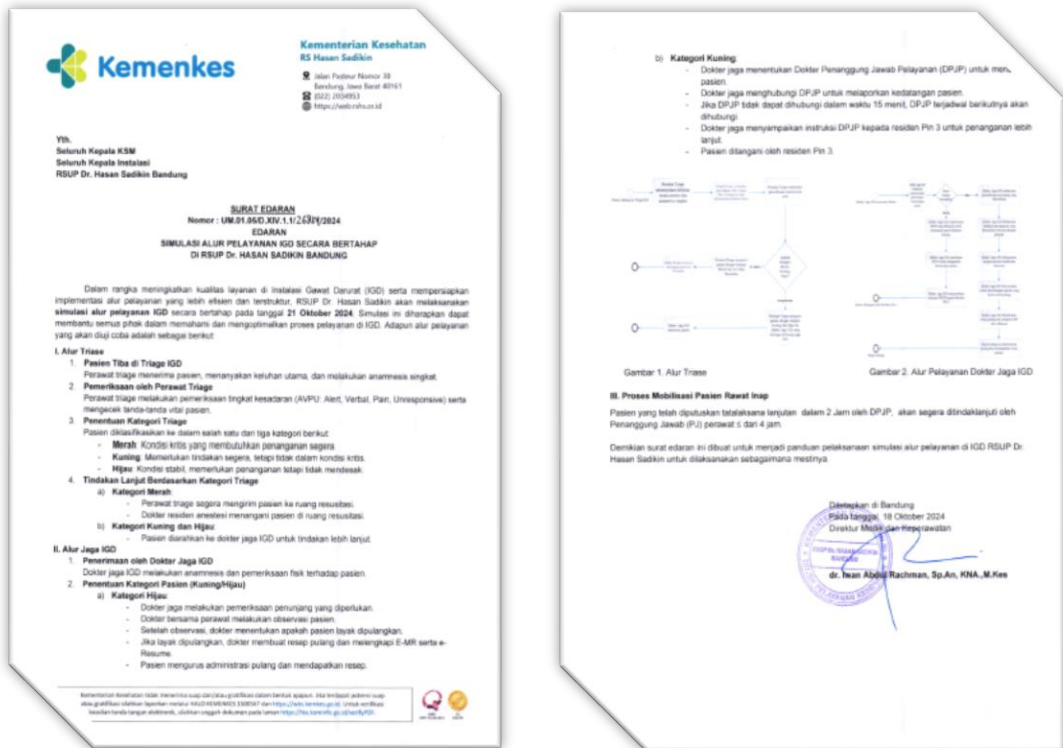
Penyusunan juknis dimulai setelah ujicoba operasionalisasi dashboard. Penyusunan Juknis dilakukan oleh tim efektif melibatkan Penanggung Jawab IT, Administrasi, Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Pj Monitoring Tepat tidur. Juknis ini berguna sebagai pegangan staf dalam implementasi SMART-IGD, dan operasionalisasi dashboard.



Gambar 5.16
Juknis SMART-IGD

k. Operasionalisasi Dashboar SMART-IGD

Operasionalisasi Dashboard IGD dan Alur Baru Pelayanan IGD, ditetapkan berdasarkan surat edaran yang di keluarkan oleh Direktur Medik dan Keperawatan, yang ditandatangani tanggal 18 Oktober 2024. Operasionalisasi dimulai secara resmi tanggal 21 Oktober 2024.



Gambar 5.17
Edaran Implementasi Alur Pelayanan Pasien IGD



Gambar 5.18
Sosialisasi Implementasi Alur Pelayanan Pasien IGD

1. Evaluasi implementasi Dashboard SMART IGD

Evaluasi implementasi Dashboard SMART IGD dilakukan untuk melihat kendala yang ditemui saat operasionalisasi system. Serta melihat efektifitas dari system yang dijalankan. Kegiatan evaluasi dilakukan secara menyeluruh dalam setiap tahapan sesuai alur pelayanan. Dimulai dari evaluasi proses registrasi. Dalam tahap ini tidak dijumpai kendala yang berarti dalam proses entri data pasien, masalah sedikit muncul manakala pasien atau keluarga tidak memiliki atau tidak membawa kartu identitas. Sebagai solusinya, untuk pasien yang tidak diketahui identitasnya menggunakan regulasi yang telah ditetapkan terkait identifikasi pasien tanpa tanda pengenal. Sementara untuk pasien yang tidak membawa kartu tanda pengenal, data akan dilengkapi ketika pasien membawa kartu identitas. Setelah pasien diregistrasikan data pasien langsung muncul pada dashboard dan menunjukkan warna hijau.

Tahap selanjutnya pengelolaan pasien di IGD oleh dokter jaga IGD dan DPJP, serta Perawat. Proses berlangsung lancar tanpa kendala, dan dashboard pasien menunjukkan perubahan warna menjadi kuning secara otomatis setelah pasien berada di IGD lebih dari 2 jam. Dokter jaga IGD, DPJP dan Perawat dapat melihat perubahan warna dan mempercepat layanan dengan memutuskan tatalaksana selanjutnya.

Tahap berikutnya adalah pendaftaran pasien rawat inap dan penyelesaian administrasi pulang dari IGD. Pada tahap ini beberapa kendala yang dihadapi adalah pada saat pasien akan menyelesaikan administrasi pasien pulang atau meninggal. Ditemukan keluarga yang tidak segera menyelesaikan proses administrasi dengan alasan menunggu keluarga lain, menunggu jemputan dan lain-lain. Hal ini akhirnya dapat mempengaruhi proses *cut off* layanan IGD, sehingga waktu layanan seolah-olah memanjang.

Masukan-masukan pada tahapan evaluasi implementasi untuk permasalahan yang tidak bisa diselesaikan oleh tim Efektif, dikonsultasikan ke bagian manajemen untuk mendapatkan arahan tindak lanjutnya.

Pada tahap pengendalian mutu, dievaluasi juga apakah aksi perubahan ini berdampak pada pencapaian indikator mutu yang ditetapkan.



Gambar 5.19
Evaluasi Implementasi Alur Pelayanan Pasien IGD

m. Sosialisasi Juknis dan SOP tatalaksana pasien sesuai dashboard SMART-IGD

Proses sosialisasi juknis dan SOP baru Alur Pelayanan IGD dilakukan 2 tahap, untuk tahap pertama terhadap staf keperawatan dilakukan langsung oleh *Project Leader* melalui media zoom meeting. Dalam tahap ini disosialisasikan Tahapan Alur pelayanan Pasien di IGD serta Operasionalisasi Dashboard Pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan.



Gambar 5.20
Sosialisasi Juknis dan SOP Alur Pelayanan Pasien IGD

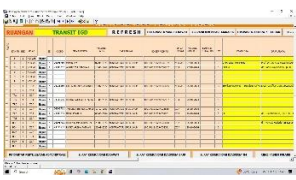

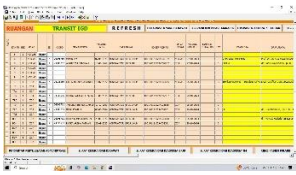
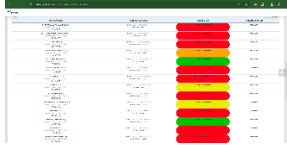
Sosialisai tahap kedua dilakukan untuk seluruh Kepala KSM dan Kepala Instalasi yang terkait. Sosialisasi ini dilakukan oleh *Project Leader* dan dihadiri langsung oleh Direktur Utama dan Direktur Medik dan Keperawatan. Sosialisasi tahap kedua ini dilakukan tanggal 25 Oktober 2024.


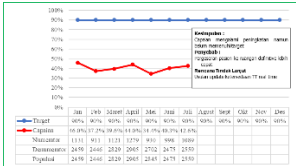
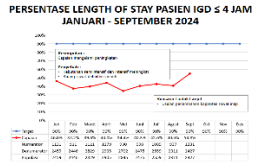


Gambar 5.21
Sosialisasi Juknis dan SOP Alur Pelayanan Pasien IGD Tahap 2

2. Perbaikan Kinerja Pelayanan

Setelah ujicoba penerapan sistem monitoring aktif responsif terpadu IGD melalui penyempurnaan dashboard pasien igd berdasarkan waktu keberadaan pasien, alur pelayanan pasien di IGD menjadi lebih jelas, dan tatalaksananya menjadi lebih singkat. Berdasarkan testimoni dari Perawat IGD dan salah satu pasien IGD terjadi perbaikan peningkatan kecepatan respon pelayanan di IGD. Hal ini dapat dibuktikan dengan adanya peningkatan capaian LOS Pasien IGD < 4 jam pada bulan September setelah ujicoba implementasi Dashboard, dari 40,5% menjadi 54,8%. Untuk bulan Oktober sendiri, capaian LOS IGD < 4 jam belum bisa dilihat karena waktu masih berjalan. Secara lebih rinci perbaikan kinerja pelayanan dapat terlihat pada tabel berikut :

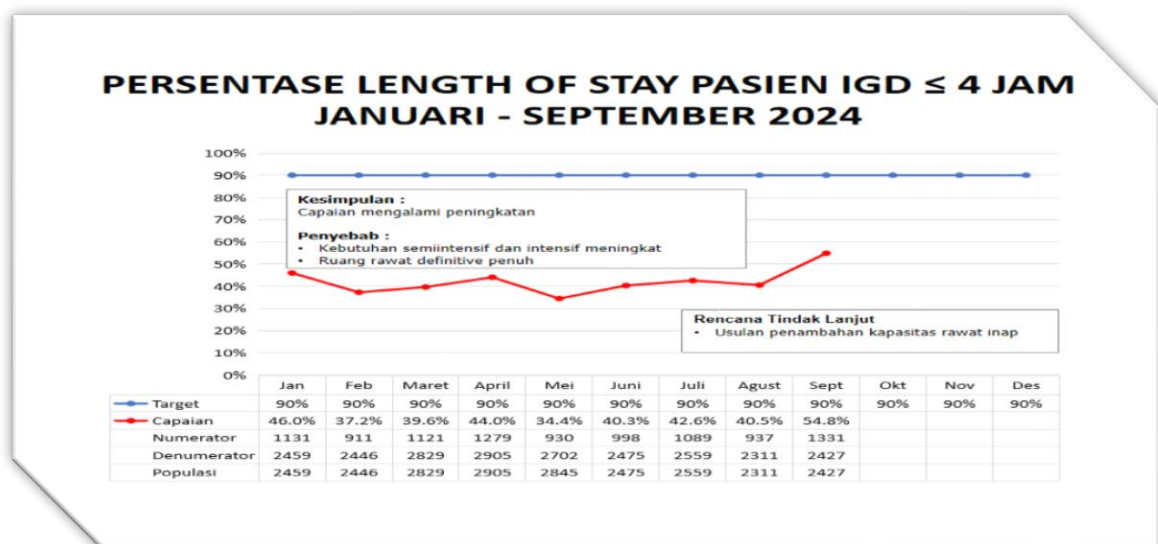
Sebelum		Sesudah	
Belum ada dashboard IGD yang menampilkan data pasien sesuai waktu keberadaan		Terdapat Dashboard IGD yang menampilkan data pasien sesuai waktu keberadaan dengan visualisasi yang lebih jelas	
Data Keputusan pasien IGD dan waktu keluarnya pasien dari IGD belum tergambar		Data Keputusan pasien IGD dan waktu keluarnya pasien dari IGD dapat terlihat dalam dashboard, dan data bisa ditarik dari system dalam bentuk excel	

<p>Staf IGD saat akan melihat waktu keberadaan pasien harus menghitung secara manual.</p>	<p>Data keberadaan sudah secara system tertampil dalam dashboard yang memudahkan staf IGD memonitor dan melakukan aksi sesuai alur</p>																																																																								
<p>Perhitungan capaian LOS pasien IGD harus dihitung secara manual dengan melakukan tabulasi data</p>	<p>Data capaian LOS IGD tertampil secara real time dan secara bulanan.</p> 																																																																								
<p>Sebelum implementasi SMART-IGD melalui penyempurnaan dashboard, capaian LOS IGD < 4 jam tidak pernah lebih dari 50%</p>	<p>Capaian LOS IGD < 4 Jam setelah simulasi pada bulan September 2024 SMART-IGD melalui penyempurnaan Dashboard meningkat menjadi 54.8%</p>   <table border="1" data-bbox="550 667 847 719"> <thead> <tr> <th>Tahun</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> <th>2030</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Target</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Capaian</td> <td>46.0%</td> <td>37.2%</td> <td>39.6%</td> <td>44.0%</td> <td>34.4%</td> <td>40.3%</td> <td>42.6%</td> <td>40.5%</td> <td>54.8%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Numerator</td> <td>1131</td> <td>911</td> <td>1121</td> <td>1279</td> <td>930</td> <td>998</td> <td>1089</td> <td>937</td> <td>1331</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Denominator</td> <td>2459</td> <td>2446</td> <td>2829</td> <td>2905</td> <td>2702</td> <td>2475</td> <td>2559</td> <td>2311</td> <td>2427</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Populasi</td> <td>2459</td> <td>2446</td> <td>2829</td> <td>2905</td> <td>2845</td> <td>2475</td> <td>2559</td> <td>2311</td> <td>2427</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tahun	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Target	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Capaian	46.0%	37.2%	39.6%	44.0%	34.4%	40.3%	42.6%	40.5%	54.8%			Numerator	1131	911	1121	1279	930	998	1089	937	1331			Denominator	2459	2446	2829	2905	2702	2475	2559	2311	2427			Populasi	2459	2446	2829	2905	2845	2475	2559	2311	2427		
Tahun	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030																																																														
Target	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%																																																														
Capaian	46.0%	37.2%	39.6%	44.0%	34.4%	40.3%	42.6%	40.5%	54.8%																																																																
Numerator	1131	911	1121	1279	930	998	1089	937	1331																																																																
Denominator	2459	2446	2829	2905	2702	2475	2559	2311	2427																																																																
Populasi	2459	2446	2829	2905	2845	2475	2559	2311	2427																																																																

Tabel 5.1
Perbaikan Kinerja Pelayanan

C. Manfaat Aksi Perubahan

Sebelum adanya aksi perubahan implementasi SMART IGD melalui penyempurnaan Dashboard pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan, capaian LOS Pasien IGD < 4 jam adalah 40,5%, capaian ini meningkat menjadi 54,8% untuk bulan September. Data ini menunjukkan adanya peningkatan kecepatan waktu pelayanan di IGD yang cukup signifikan. Hal ini diperkuat dengan testimoni yang disampaikan oleh salah satu keluarga pasien yang menjalani perawatan di IGD. Peningkatan capaian LOS IGD < 4Jam ini berpeluang meningkatkan efisiensi pembiayaan yang dikeluarkan oleh pasien dan RS.



Gambar 5.22
Grafik capaian LOS Pasien IGD < 4 Jam

D. Keberlanjutan Aksi Perubahan

Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu IGD ini sangat dibutuhkan oleh IGD dan akan terus dikembangkan sesuai milestone yang telah ditetapkan untuk jangka menengah dan jangka panjang. Untuk menjaga keberlanjutan dari aksi perubahan maka diperlukan beberapa hal sebagai berikut :

1. Komitmen pimpinan dan dukungan kebijakan.

Diperlukan Penerbitan Regulasi berupa kebijakan, panduan dan Standar Operasional Prosedur, selain itu diperlukan juga dukungan Finansial untuk Pengembangan Sistem SMART-IGD secara berkelanjutan.

2. Pemeliharaan dan Pengembangan dashboard. Tampilan dashboard akan disempurnakan dengan menambahkan grafik capaian beberapa indikator mutu IGD diantaranya *Respon Time* IGD < 8 menit, yang menggambarkan kecepatan pelayanan di Triase, *Decision Time* IGD < 2 jam, yang menggambarkan kecepatan pelayanan di IGD mulai dari pasien diterima sampai dengan mendapatkan keputusan tatalaksana lanjutan, dan yang ketiga adalah LOS Pasien IGD < 4 jam yang merupakan keseluruhan waktu pelayanan di IGD mulai dari pendaftaran samapai pasien ke luar dari IGD (Operasi, Rawat Inap, Pulang atau Meninggal).
3. Menjadikan indikator mutu IGD, yaitu LOS IGD < 4 jam ini perlu dimasukkan menjadi indikator sasaran kinerja Individu pegawai (SKP), agar terpelihara kepatuhan implementasi dari SMART IGD yang telah diberlakukan.
4. Monitoring dan Evaluasi berkala.

Dalam upaya menjamin keberlangsungan aksi perubahan, perlu dilakukan monitoring kepatuhan implementasi SMART-IGD, pengukuran tingkat kepuasan pegawai, pengukuran tingkat kepuasan Pasien, dan perlu dibuat laporan berkala Capaian indikator Mutu LOS Pasien IGD < 4 Jam.

E. Keterkaitan Dengan Mata Pelajaran Pilihan

Mata pelajaran pilihan yang paling aplikatif dalam implementasi aksi perubahan SMART IGD ini adalah Membina kerjasama tim dan Keterampilan digital. Pelayanan IGD yang optimal memerlukan kolaborasi erat antara berbagai tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, tenaga administrasi, dan spesialis teknologi informasi. Dengan adanya materi tentang kerjasama tim, seluruh anggota dapat memahami cara membangun komunikasi yang efektif, membagi peran secara jelas, dan bekerja secara sinkron dalam tekanan waktu yang tinggi. Kerjasama tim yang kuat akan memastikan bahwa alur

penanganan pasien menjadi lebih cepat dan efektif, meminimalkan risiko kesalahan, dan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap layanan IGD.

Dalam konsep SMART IGD, teknologi digital memainkan peran sentral dalam mempercepat proses, seperti triase, dan pemantauan keberadaan pasien secara real-time. Keterampilan digital yang kuat memungkinkan setiap tenaga kesehatan mengakses dan memanfaatkan teknologi ini secara optimal. Misalnya, keterampilan dalam menggunakan perangkat lunak IGD atau memahami sistem pemantauan pasien. Kedua materi ini tidak hanya mendukung pelaksanaan teknis, tetapi juga memfasilitasi perubahan budaya kerja di IGD menjadi lebih responsif, kolaboratif, dan berbasis data. Dengan keterampilan dalam kerjasama tim dan literasi digital yang memadai, diharapkan SMART IGD mampu memberikan layanan darurat yang lebih cepat, aman, dan berkualitas tinggi.

F. Desiminasi dan Publikasi Aksi Perubahan

1. Penerapan Strategi Komunikasi

Strategi Komunikasi merupakan cara komunikasi yang digunakan dalam suatu proses untuk mencapai tujuan tertentu. Strategi komunikasi dengan stakeholders adalah suatu upaya penyampaian pesan kepada stakeholders tentang suatu proses yang sedang berjalan dan tujuannya. Dalam aksi perubahan ini komunikasi dengan stakeholders menjadi salah satu kunci keberhasilan pelaksanaan aksi perubahan. Tujuannya adalah memperoleh dukungan dan kontribusi terhadap aksi perubahan. Strategi komunikasi terkait aksi perubahan ini dapat dilihat pada tabel di bawah

KATEGORI	STAKEHOLDER	STRATEGI
Promotor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur utama dan jajaran direksi 2. Kepala instalasi IGD 3. Tim kerja pelayanan keperawatan 4. Ketua komite keperawatan 5. Tim kerja pelayanan medik 6. Tim kerja pelayanan penunjang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melibatkan secara aktif melalui komunikasi rutin. 2. Menjadikan konsultan/mentor 3. Mengundang dalam rapat rutin
Laten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim SIRS 2. Tim Kerja Diklat 3. Tim Kerja Humas 4. Pasien 5. KSM 6. BPJS 7. Dokter Jaga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Informasi dan 2. Koordinasi rutin 3. Mengundang dalam rapat rutin
Defender	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keuangan 2. Komite Medik 3. Komite Nakes Lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi 2. Pelibatan dalam kepanitiaan. 3. Koordinasi rutin

Apathetik	1. Dinas Kesehatan 2. RS Perujuk 3. Institusi Pendidikan	1. Menarik perhatian. 2. Koordinasi
-----------	--	--

Tabel 5.2
Penerapan Strategi Komunikasi

2. Keberhasilan Mendapatkan Dukungan Aksi Perubahan

Dukungan penerapan aksi perubahan didapatkan dari Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, Jajaran direksi lain, Kepala Instalasi Gawat Darurat, Komite Keperawatan, serta Staf IGD dan Tim IT. Surat dukungan dan Video testimoni (terlampir). Selain itu keterlibatan direksi dalam rapat-rapat persiapan, rapat sosialisasi dan operasionalisasi rencana aksi menunjukkan keberhasilan dalam mendapatkan dukungan aksi perubahan.

G. Pelaksanaan Pengembangan Potensi Diri

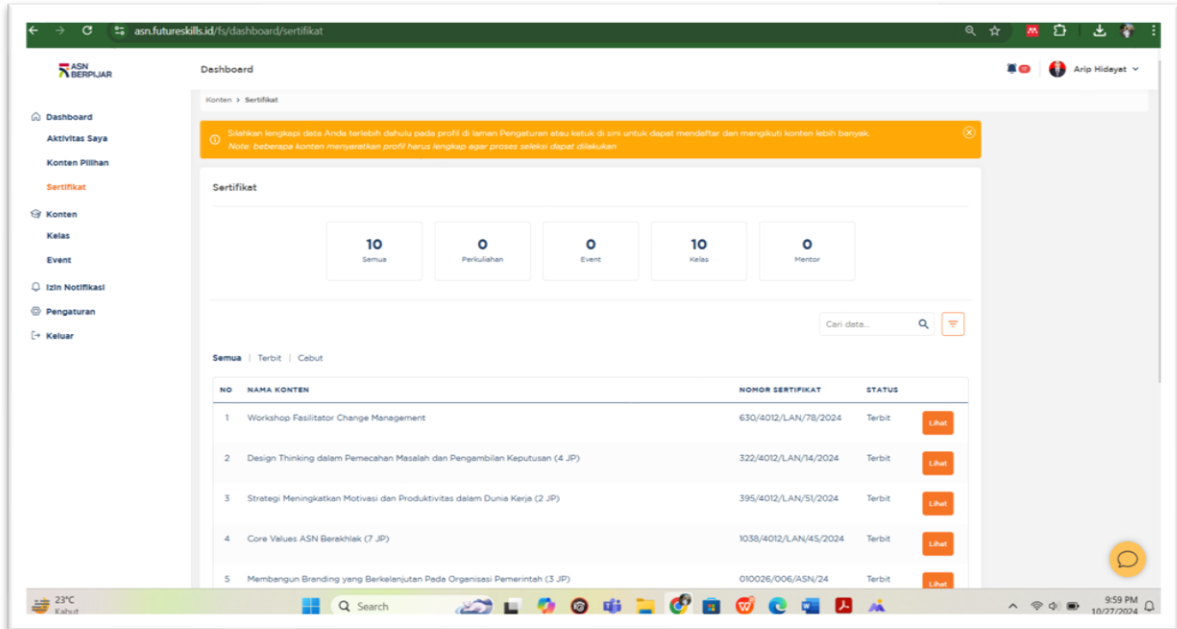
Mata pelajaran pilihan yang ditetapkan dan diikuti yaitu : Core Values ASN Berakhlak, Strategi Meningkatkan Motivasi dan Produktivitas dalam Dunia Kerja, Design Thinking dalam Pemecahan Masalah dan Pengambilan Keputusan, serta Workshop Fasilitator Change Management. Semua mata pelajaran itu dipilih karena dapat menunjang untuk penerapan aksi perubahan, serta bagaimana bisa mendorong staf untuk ikut terlibat dalam aksi perubahan. Pemahaman terhadap Core Values ASN Berakhlak, dapat memberikan motivasi kepada kita bagaimana seorang ASN harus bersikap dalam menjalankan pekerjaannya. Tanpa penerapan nilai-nilai BerAkhlak, tidak akan mungkin sebuah perubahan dapat dilakukan.

Materi Strategi Meningkatkan Motivasi dan Produktivitas dalam Dunia Kerja, memberikan wawasan kepada kita bagaimana meningkatkan motivasi staf dalam meningkatkan kinerjanya. Dalam hal ini inovasi SMART IGD adalah suatu bentuk upaya meningkatkan kinerja pelayanan di IGD, sehingga staf harus didorong agar memiliki motivasi tinggi dalam menjalankan aksi perubahan.

Materi Design Thinking dalam Pemecahan Masalah dan Pengambilan Keputusan, memberikan peluang kepada kita untuk selalu berinovasi, tidak mudah menyerah apabila menghadapi persoalan atau hambatan dalam implementasi rencana aksi perubahan. Sementara Workshop Fasilitator Change Management, memberikan kita wawasan bagaimana kita mengubah pola pikir kita dari yang biasa menjadi yang visioner, mengintegrasikan antara teknologi, sumber daya alam dan pemenuhan kebutuhan manusia.

Proses pelaksanaan pengembangan diri dilakukan dengan mengikuti seminar dan workshop yang diselenggarakan oleh ASN berpijar melalui link : <https://asn.futureskills.id/fs/aktivitas/kelas-async/45/member> .

Bukti pembelajaran dan sertifikat dapat diakses melalui link tersebut yang juga dilampirkan didalam laporan.



Gambar 5.23
Proses Pengembangan Kompetensi Diri

BAB VI

PENUTUP

Implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu melalui Penyempurnaan Dashboard Pasien IGD Berdasarkan Waktu Keberadaan telah menunjukkan dampak positif terhadap peningkatan kualitas layanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Inisiatif ini bertujuan meningkatkan responsivitas dan efisiensi penanganan pasien di IGD melalui penyempurnaan dashboard yang memonitor keberadaan pasien secara real-time, sehingga dapat mengoptimalkan kecepatan layanan berdasarkan prioritas dan durasi waktu.

Dalam pelaksanaannya, perubahan ini berhasil mengatasi tantangan utama, yaitu lamanya waktu tinggal pasien di IGD atau length of stay (LOS). Data menunjukkan peningkatan yang signifikan pada capaian LOS IGD selama tiga bulan pelaksanaan sistem baru ini. Pada bulan Agustus, persentase capaian LOS IGD di bawah 4 jam tercatat sebesar 40,5%. Pada bulan berikutnya, September, angka ini meningkat menjadi 54.8%, dan pada bulan. Data tersebut menunjukkan bahwa sistem monitoring aktif ini mampu memberikan dampak yang nyata dalam mempercepat pelayanan di IGD, mendukung efisiensi alur kerja tim medis, dan memberikan manfaat langsung bagi pasien.

Capaian ini membuktikan bahwa penyempurnaan sistem dashboard waktu keberadaan pasien menjadi langkah penting dalam memastikan kualitas dan kecepatan layanan di IGD. Perubahan ini sejalan dengan visi pelayanan yang adaptif, responsif, dan berbasis teknologi sesuai konsep SMART IGD, yang mendukung transformasi menuju layanan kesehatan berbasis data yang efektif. Sistem monitoring aktif ini diharapkan dapat terus disempurnakan dan diadaptasi sebagai standar operasional yang berkelanjutan untuk memastikan layanan IGD yang lebih cepat, aman, dan andal.

Dengan demikian, aksi perubahan ini bukan hanya sekadar meningkatkan kecepatan layanan, namun juga membuka jalan bagi implementasi lebih lanjut dari teknologi cerdas di lingkungan kesehatan yang mampu menjawab kebutuhan pelayanan darurat masa kini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, C., Erina, L., & Effendi, S. (2020). Prinsip-prinsip anggaran publik pada organisasi publik di era pandemi COVID-19. *PESIRAH: Jurnal Administrasi Publik*, 1(2), 1–11. <https://doi.org/10.47753/pjap.v1i1.9>
- Anom, S., & Sinaga, S. (2020). Pengaruh kepemimpinan dan kepaduan tim terhadap keefektifan tim kerja PPPPTK Medan. *Jurnal Prointegrita*, 4 (April), 219–229
- Ardita, (2024) Penjelasan Mengenai Dasar-Dasar Teknologi Informasi. <https://dce.telkomuniversity.ac.id/penjelasan-mengenai-dasar-dasar-teknologi-informasi/diakses> 20 Oktober 2024.
- Athoillah, Widhi Rizkyana, F., Jannah, R., Prima Kharismaputra, A., & Farizqo Irvan, Moh. (2023). Optimalisasi sistem informasi sertifikasi kompetensi mahasiswa manajemen di Universitas Negeri Semarang. *Jurnal Dharma Indonesia*, 01(01), 35–43. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jdi>
- Eka Putri Primawanti dan Hapzi Ali, (2022). Pengaruh Teknologi Informasi, Sistem Informasi Berbasis Web Dan Knowledge Management Terhadap Kinerja Karyawan (Literature Review Executive Support Sistem (Ess) for Business), *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi*, 3.3 (2022), h. 273
- Gea, A. A. (2014). Integritas personal dan kepemimpinan etis. *Humaniora*, 5(2), 950. <https://doi.org/10.21512/humaniora.v5i2.3197>
- Hadad, A. P. Y. (2021). Perempuan dan perannya dalam pengembangan teknologi. *Al-Wardah: Jurnal Kajian Perempuan, Gender Dan Agama*, 15(2), 237–249. <https://doi.org/10.46339/al-wardah.xx.xxx>
- Harun Al Rasyid dan Maria Yovita R. Pandin, (2021). Pengaruh Teknologi Informasi, Karakteristik sistem akuntansi manajemen terhadap perkembangan usaha kecil dan menengah di Sidoarjo, *Jurnal Ekonomi Akuntansi*, 4(2) h.3. <http://repository.uinfasbengkulu.ac.id/2256/2/BAB%20I.pdf>
- Kemenkes RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2022 tentang organisasi dan tata kerja Kementerian Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan. (2023a). *Buku kinerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2022 - 2023*.
- Kementerian Kesehatan. (2024). *Pedoman perubahan budaya kerja Kementerian Kesehatan - Untuk akselerasi transformasi internal*.
- Kuntadi, C., Anggriawan, G., & Suryadi, D. (2022). Faktor-faktor yang mempengaruhi perencanaan APBN. *Jurnal Ilmu Terapan Manajemen*, 4(2). <https://doi.org/10.31933/jimt.v4i2>

- Kemenkes. Transformasi Kesehatan Indonesia. Available at <https://kemkes.go.id/id/layanan/indonesian-health-transformation>. Accessed at August 21, 2024.
- LAN RI. Pelatihan Kepemimpinan dan Manajerial ASN. Available at https://lan.go.id/?page_id=2147. Accessed at August 21, 2024.
- Lembaga Administrasi Negara. (2021). Modul Studi Lapangan Pelayanan Publik Pelatihan Kepemimpinan Pengawas. Jakarta – LAN – 2021.
- LAN RI. 2021. Modul Pelatihan Kepemimpinan Pengawas : Pelayanan Publik Digital. Jakarta.
- Maryam, N. S. (2016). Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik. *Jurnal Ilmu Politik Dan Komunikasi*, VI(1), 1–18.
- Mangkunegara, A. A. Anwar Prabu. 2016. Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung
- Nurul Huda, S.E., M. M. (2020). <http://staimtarate.ac.id/berita/pentingnya-integritas-bagi-seorangpemimpin>. Diakses 25 Oktober 2024.
- Nurhayat, D. (2016). Evaluasi Dan Pengembangan Model Coaching Dalam Peningkatan Kompetensi Kepemimpinan Pada Pendidikan Dan Pelatihan Kepemimpinan Tingkat II Di Pusat Kajian Dan Pendidikan Dan Pelatihan Aparatur I Lembaga Administrasi Negara. *Jurnal Wacana Kinerja*, 19.
- Pusat Pengembangan Kompetensi Aparatur Sipil Negara Kementerian Kesehatan RI. 2024.
- Putri Primawanti and Ali. (2022). Pengaruh Teknologi Informasi, Sistem Informasi Berbasis Web Dan Knowledge Management Terhadap Kinerja Karyawan (Literature Review Executive Support Sistem (Ess) for Business). *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi* 3(3):267-285 DOI:[10.31933/jemsi.v3i3.818](https://doi.org/10.31933/jemsi.v3i3.818)
- Pedoman Perubahan Budaya Kerja Kementerian Kesehatan Tahun 2024. Pedoman Perubahan Budaya Kerja Kementerian Kesehatan Untuk Akselerasi Transformasi Internal.
- Rifi Adi Sucipto. (2023) digitalisasi layanan permohonan sertifikat vaksinasi internasional (icv) bagi fasilitas kesehatan penyelenggara vaksinasi internasional di wilayah kerja kantor kesehatan pelabuhan kelas ii bandung *Laporan Aksi Perubahan*.
- Simarmata J, dkk. (2021). Pengantar Teknologi Informasi. Cetakan 1. *Yayasan Kita Menulis*

Wetik, Stanislaus Wembly, Baharuddin & Hasmin. (2018). Analisis Pengaruh Komitmen dan Integritas terhadap Kinerja melalui Kompetensi Pegawai pada Kantor Kesyahbandaran dan Otoritas Pelabuhan Kota Manado. YUME : Journal of Management Volume 1 No. 3.

Lampiran

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
NOMOR : HK.02.03/D.XIV.4.1.3/23833/2024

TENTANG
TIM EFEKTIF SISTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF TERPADU (SMART)
INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG,

- Menimbang : a. bahwa sehubungan dengan rencana aksi perubahan dalam rangka memperbaiki indikator kinerja Pelayanan IGD yaitu LOS Pasien <4 Jam, serta dalam rangka menjamin terselenggara pelayanan IGD yang komprehensif di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung maka diperlukan adanya Tim Efektif Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART) Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
- b. bahwa nama-nama pegawai yang tersebut dalam lampiran Keputusan ini dianggap mampu dan cakap untuk ditunjuk sebagai Tim Efektif Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART) Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
- c. bahwa sehubungan dengan butir a - b tersebut dan untuk menunjang tertib administrasi, pembentukan Tim Efektif Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART) Instalasi Gawat Darurat tersebut perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara;
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI;
6. Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Nomor HK.02.03/X.4.1.1/2644/2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

Memperhatikan : Pertimbangan Direksi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TENTANG TIM EFEKTIF SISTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF TERPADU (SMART) INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**

PERTAMA : Membentuk Tim Efektif Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART) Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dengan susunan personalia sebagaimana tersebut dalam lampiran I Keputusan ini;

- KEDUA : Menetapkan tugas Tim Efektif Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART) Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagaimana tersebut dalam lampiran II Keputusan ini;
- KETIGA : Dalam melaksanakan tugasnya Tim Efektif Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu (SMART) Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung melalui Direktur Medik dan Keperawatan;
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya akan diubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di : Bandung
Pada tanggal : 18 September 2024



DIREKTUR UTAMA, 

RACHIM DINATA MARSIDI
NIP. 919550103202407101

Tembusan:

1. Dewan Pengawas RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
2. Para Direktur RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
3. Ketua SPI/Komite RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
4. Manajer Tim Kerja terkait RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
5. Kepala KSM/Instalasi terkait RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
6. Masing-masing yang bersangkutan

Lampiran I....

Lampiran I Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Nomor : HK.02.03/D.XIV.4.1.3/23833/2024
Tanggal : 18 September 2024

SUSUNAN PERSONALIA
TIM EFEKTIF SISTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF TERPADU (SMART)
INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Pelindung	:	Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Penasehat	:	1. Direktur Medik dan Keperawatan 2. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian 3. Direktur Layanan Operasional 4. Direktur Perencanaan dan Keuangan
Penanggung Jawab	:	dr. R. Nuraini Yasmin Kusumawardhani, Sp.PD.,Sp.JP
Koordinator	:	Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
Sekretaris	:	1. N. Deati Kurniawati, S.Kep.,Ners., M.Kep 2. Fitri Rahayu Yogaprawati, S.Kep.,Ners
Pj. Pelayanan Medik IGD dan Sisrute	:	dr. Rudy Alfonso Hutajulu, MBA
Anggota	:	1. dr. Rahmah Martalena 2. dr. Melani Shintya Andiani, MM 3. dr. Faizal Rachman, MMRS
Pj. Pelayanan Keperawatan IGD	:	Maryono, S.Kep.,Ners
Anggota	:	1. Rinrin Hariansyah, S.Kep.,Ners 2. Neng Tita Juita, S.Kep., Ners 3. Siti Julaeha, S.Kep.,Ners 4. Suryati, S.Kep.,Ners 5. Nur Afiah Siswanti, S.Kep.,Ners
Pj. Pendaftaran	:	1. Ardiansyah, A.Md.RMIK 2. Muhamad Fajar, A.Md.RMIK 3. Alfa Feto Efendi, A.Md.RMIK
Pj. SIRS	:	1. Muhamad Safronul Hafidz, S.Kom 2. Maulana Yusuf Kusparman, A.Md 3. Taufik Munggaran, A.Md
Pj. Monitoring Tempat Tidur	:	1. Ida Widaningsih, S.Kep.,Ners 2. Edi Hidayat, A.Md.RMIK 3. Irvan Julistia Gunawan, AMD.PM.I.Kes

Pj. Informasi....

Pj. Informasi

- : 1. Yogi Mohammad Ridwan, S.Tr
2. Turman, S.Kep.,Ners



Lampiran II....

Lampiran II Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Nomor : HK.02.03/D.XIV.4.1.3/23833/2024
Tanggal : 18 September 2024

URAIAN TUGAS
TIM EFEKTIF SISTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF TERPADU (SMART)
INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

1. Koordinator

- a. Mengawasi pelaksanaan keseluruhan sistem SMART IGD dan memastikan koordinasi antar tim berjalan dengan efektif.
- b. Merencanakan dan mengoordinasikan kegiatan serta pelaksanaan SMART IGD.
- c. Memastikan integrasi antara pelayanan medik, keperawatan, sistem informasi, dan registrasi berjalan sesuai prosedur.
- d. Menyusun laporan dan evaluasi secara berkala terkait kinerja tim dan memberikan masukan untuk perbaikan layanan.
- e. Berkoordinasi dengan pihak manajemen rumah sakit dan tim terkait lainnya.

2. Sekretaris

- a. Mendukung tugas administrasi dan dokumentasi dari tim SMART IGD.
- b. Mengelola agenda rapat, membuat notulen, serta menyusun laporan berkala terkait aktivitas tim SMART IGD.
- c. Mengarsipkan dokumen penting dan memastikan informasi administratif terdistribusi dengan baik.
- d. Berkoordinasi dengan koordinator untuk melaporkan perkembangan dan kendala yang dihadapi.

3. Penanggung Jawab Pelayanan Medik IGD dan SISROUTE

- a. Melakukan monitoring *Dashboard* pasien IGD dan melakukan tatalaksana sesuai alur yang telah ditetapkan.
- b. Mengawasi dan mengoordinasikan pelayanan medik di IGD agar responsif dan efisien.
- c. Memastikan semua pelayanan medis di IGD sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) dan memenuhi kebutuhan pasien.
- d. Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain untuk memberikan penanganan cepat dan tepat.
- e. Melakukan supervisi terhadap tenaga medis di IGD serta memastikan adanya perawatan yang sesuai untuk setiap kondisi darurat.

4. Penanggung Jawab Pelayanan Keperawatan IGD

- a. Melakukan monitoring *Dashboard* pasien IGD dan melakukan tatalaksana sesuai alur yang telah ditetapkan.
- b. Memastikan pelayanan keperawatan di IGD berjalan sesuai dengan standar
- c. Mengatur dan mengawasi distribusi tugas perawat dalam memberikan perawatan pasien IGD.
- d. Melakukan evaluasi kualitas pelayanan keperawatan dan memberikan pelatihan sesuai kebutuhan.
- e. Memastikan koordinasi antara perawat dan dokter dalam penanganan kasus-kasus darurat.

5. Penanggung Jawab....

5. Penanggung Jawab Sistem Informasi Rumah Sakit

- a. Memastikan sistem informasi di IGD berjalan dengan baik dan terintegrasi.
- b. Mengelola sistem teknologi informasi yang digunakan untuk memantau alur pasien, rekam medis elektronik, dan data-data lain yang diperlukan.
- c. Melakukan troubleshooting dan perawatan rutin terhadap perangkat dan software yang digunakan di IGD.
- d. Berkoordinasi dengan departemen IT rumah sakit untuk memastikan ketersediaan dan keamanan data pasien serta informasi layanan IGD.

6. Penanggung Jawab Pendaftaran

- a. Mengawasi proses pendaftaran pasien IGD agar cepat dan akurat.
- b. Mengatur dan mengelola proses registrasi pasien dengan baik, termasuk memastikan data pasien tercatat dengan benar.
- c. Berkoordinasi dengan bagian keuangan dan pelayanan medik untuk memastikan bahwa semua informasi pasien sudah lengkap dan valid.
- d. Menyediakan informasi terkait prosedur administrasi bagi pasien atau keluarga pasien yang datang ke IGD.

7. Penanggung Jawab Monitoring Tempat Tidur Rawat Inap

- a. Memantau ketersediaan tempat tidur di rawat inap dan memastikan alur rujukan dari IGD berjalan lancar.
- b. Memastikan ada komunikasi yang baik antara IGD dan bagian rawat inap terkait ketersediaan tempat tidur.
- c. Memantau sistem bed monitoring agar informasi yang diberikan selalu up-to-date.
- d. Bekerja sama dengan penanggung jawab pelayanan medik dan keperawatan untuk memfasilitasi perpindahan pasien dari IGD ke rawat inap.

8. Penanggung Jawab Informasi

- a. Memberikan informasi yang dibutuhkan oleh keluarga pasien dan pihak terkait di IGD.
- b. Menyampaikan informasi kepada keluarga pasien mengenai kondisi pasien, prosedur layanan, dan proses administrasi dengan jelas dan tepat waktu.
- c. Menyediakan informasi tentang alur pelayanan di IGD, termasuk waktu tunggu, rujukan, atau tindakan medis yang akan dilakukan.
- d. Mengelola komunikasi antara IGD dan publik, serta memastikan bahwa semua informasi yang disampaikan akurat dan sesuai dengan peraturan yang berlaku.


DIREKTUR UTAMA,
DIREKTUR UTAMA
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
RACHIM DINATA MARSIDI
NIP. 919550103202407101

SURAT PERTANYAAN DUKUNGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. H. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B., FINAC., M.Kes
Unit Kerja : Direktur Utama
Jabatan : Direktur Utama

Dengan ini menyatakan dukungan penuh terhadap Aksi Perubahan "Implementasi SMART-IGD melalui penyempurnaan Dashboard Pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan" di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2024, yang digagas oleh:

Nama : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
Unit Kerja : Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
Jabatan : Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan

Aksi perubahan ini diharapkan mampu meningkatkan kecepatan dalam penanganan pasien yang masuk Ruang Gawat Darurat, sehingga meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi pembiayaan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Semoga inovasi ini dapat diimplementasikan dengan baik dan memberikan manfaat yang optimal bagi seluruh pemangku kepentingan.

Demikian surat dukungan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung, 20 Oktober 2024
Yang Membuat Pernyataan,
Direktur Utama

dr. H. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B., FINAC., M.Kes
NIP 919550103202407101

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



SURAT PERTANYAAN DUKUNGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An-KNA.,M.Kes
Unit Kerja : Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang
Jabatan : Direktur Medik dan Keperawatan

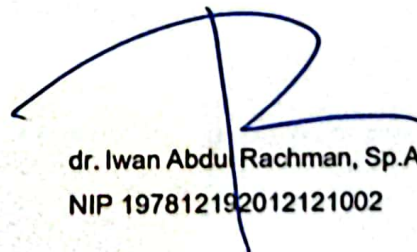
Dengan ini menyatakan dukungan penuh terhadap Aksi Perubahan "Implementasi SMART-IGD melalui penyempurnaan Dashboard Pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan" di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2024, yang digagas oleh:

Nama : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
Unit Kerja : Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
Jabatan : Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan

Aksi perubahan ini diharapkan mampu meningkatkan kecepatan dalam penanganan pasien yang masuk Ruang Gawat Darurat, sehingga meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi pembiayaan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Semoga inovasi ini dapat diimplementasikan dengan baik dan memberikan manfaat yang optimal bagi seluruh pemangku kepentingan.

Demikian surat dukungan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 21 Oktober 2024
Yang Membuat Pernyataan,
Direktur Medik dan Keperawatan



dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An-KNA.,M.Kes
NIP 197812192012121002

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://te.kominfo.go.id/verifyPDF>.



SURAT PERTANYAAN DUKUNGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Fitra Hergyana, Sp.DVE., FINS DV, MH.Kes., MM
Unit Kerja : Direktorat SDM , Pendidikan dan Penelitian
Jabatan : Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

Dengan ini menyatakan dukungan penuh terhadap Aksi Perubahan "Implementasi SMART-IGD melalui penyempurnaan Dashboard Pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan" di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2024, yang digagas oleh:

Nama : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
Unit Kerja : Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
Jabatan : Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan

Aksi perubahan ini diharapkan mampu meningkatkan kecepatan dalam penanganan pasien yang masuk Ruang Gawat Darurat, sehingga meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi pembiayaan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Semoga inovasi ini dapat diimplementasikan dengan baik dan memberikan manfaat yang optimal bagi seluruh pemangku kepentingan.

Demikian surat dukungan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung, 20 Oktober 2024
Yang Membuat Pernyataan,
Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



dr. Fitra Hergyana, Sp.DVE., FINS DV, MH.Kes., MM
NIP 198506292019021002

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://whs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tce.kominfo.go.id/verifyPDF>.



SURAT PERTANYAAN DUKUNGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Andry Chandra, MARS
Unit Kerja : Direktorat Layanan Operasional
Jabatan : Direktur Layanan Operasional

Dengan ini menyatakan dukungan penuh terhadap Aksi Perubahan "Implementasi SMART-IGD melalui penyempurnaan Dashboard Pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan" di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2024, yang digagas oleh:

Nama : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
Unit Kerja : Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
Jabatan : Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan

Aksi perubahan ini diharapkan mampu meningkatkan kecepatan dalam penanganan pasien yang masuk Ruang Gawat Darurat, sehingga meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi pembiayaan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Semoga inovasi ini dapat diimplementasikan dengan baik dan memberikan manfaat yang optimal bagi seluruh pemangku kepentingan.

Demikian surat dukungan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung, 20 Oktober 2024
Yang Membuat Pernyataan,
Direktur Layanan Umum dan Operasional



dr. Andry Chandra, MARS
NIP 197812022006041001

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://ate.kominfo.go.id/verifyPDF>.



SURAT PERTANYAAN DUKUNGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. R. Nuraini Yasmin Kusumawardhani, Sp.PD.,Sp.JP
Unit Kerja : Instalasi Gawat Darurat
Jabatan : Kepala Instalasi Gawat Darurat

Dengan ini menyatakan dukungan penuh terhadap Aksi Perubahan "Implementasi SMART-IGD melalui penyempurnaan Dashboard Pasien IGD berdasarkan waktu keberadaan" di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2024, yang digagas oleh:

Nama : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
Unit Kerja : Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
Jabatan : Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan

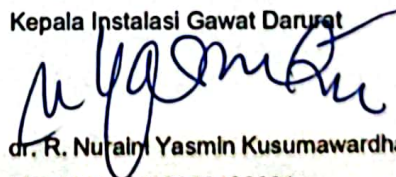
Aksi perubahan ini diharapkan mampu meningkatkan kecepatan dalam penanganan pasien yang masuk Ruang Gawat Darurat, sehingga meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi pembiayaan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Semoga inovasi ini dapat diimplementasikan dengan baik dan memberikan manfaat yang optimal bagi seluruh pemangku kepentingan.

Demikian surat dukungan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 20 Oktober 2024

Yang Membuat Pernyataan,

Kepala Instalasi Gawat Darurat



dr. R. Nuraini Yasmin Kusumawardhani, Sp.PD., Sp.JP



NIP 198007062012122001







Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.










CATATAN PENGENDALIAN PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN

Nama Peserta : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
NIP : 198012182003121002
Jabatan : Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan dan Gawat Darurat
Unit Kerja : Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
Mentor : Oded Sumarna, S.Kep.,Ners.,M.Kep
Gagasan Aksi Perubahan : Implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu Igd (Smart Igd) Melalui Penyempurnaan Dashboard Pasien Igd Berdasarkan Waktu Keberadaan




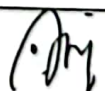
No	Tahapan Kegiatan	Tanggal	Catatan Coaching	Paraf
1	Konsultasi rencana aksi perubahan implementasi SMART-IGD	2 /9/ 2024	Jalankan Rencana aksi sesuai timeline, segerakan minta dukungan kepada direksi. Arahan Direktur Medik dan Keperawatan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan penuh untuk aksi perubahan. 2. Segera koordinai dengan dirlayop untuk meminta dukungan teknis. 3. Lakukan monitoring terhadap implementasi system ini serta evaluasi hambatan-hambatan yang ditemui 4. Kolaborasi antar unit, jika sudah siap sosialisasikan kepada KSM 	
		12/9/2024	Arahan Direktur Layanan Umum dan Operasional : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan penuh untuk aksi perubahan 2. Segera koordinasi dengan SIRS 3. Untuk kebutuhan Monitor segera usulkan. 	




2	Sosialisasi Rencana aksi perubahan implementasi SMART-IGD	2/9/2024	<p>Masukan Kepala Instalasi IGD :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Penuh terhadap rencana Aksi Perubahan. 2. Implementasi SMART IGD dan penyempurnaan dashboard jangan sampai menjadi beban tambahan bagi perawat IGD <p>Pengawas IGD : Sangat mendukung rencana aksi perubahan.</p> <p>Dr. Jaga Onsite : Jika diperbolehkan Dashboard bisa diakses dari luar RSHS</p> <p>SOD : Dashboard mohon bisa diakses dari ruang jaga SOD</p>	
3	Pembentukan Tim Efektif.	4/9/2024	<p>Mentor : Segera buat usulan Tim efektif, lakukan rapat awal dengan kandidat anggota tim</p>	
4	Rapat dengan Kandidat Tim Efektif	4/9/2024	<p>Notulensi : Minta dituliskan jobdesk masing-masing didalam SK Tim.</p>	
5	Penyusunan Bisnis Proses pelayanan di IGD dan desain tampilan Dashboard	9/9/2024	<p>Mentor : Buatkan bisnis proses dalam bentuk gambar untuk memudahkan Tim IT Menyusun dashboard, dan tim efektif memahami alur</p>	
6	Pembuatan Mock Up dashboard SMART-IGD	17/9/2024	<p>Data pasien yang sudah bisa digeser ke ruangan ditampilkan di bagian bawah dashboard. Cut off jam 00.00 WIB untuk melihat berapa jumlah pasien yang selesai dilayani di IGD setiap harinya.</p>	
7	Penyempurnaan dashboard berdasarkan desain baru	23/9/2024	<p>Masukan Direktur Medik dan Keperawatan :</p>	

			Dashboard sudah cukup baik. Tolong tampilkan capaian LOS IGD harian dan rekap Bulanan.	
8	Uji Coba Operasionalisasi Dashboar SMART-IGD	23/9/2024	Evaluasi capaian LOS IGD < 4 jam di akhir bulan apakah ada peningkatan capaian.	
9	Penyusunan SOP Alur pelayanan berdasarkan time base	23/9/2024	Jika sudah terbit segera sosialisasikan	
10	Penyusunan juknis tatalaksana SMART-IGD	2/10/2024	Masukan kedalam aplikasi dashboard supaya mudah diakses.	
11	Operasionalisasi Dashboar SMART-IGD	21/10/2024	Lakukan evaluasi dari pengguna.	
12	Evaluasi implementasi Dashboard SMART IGD	22/10/2024	Masukan Perawat IGD : Kalau bisa tampilan dashboard data keberadaan pasien disusun berurut sesuai dengan waktu keberadaan.	
13	Sosialisasi Juknis tatalaksana pasien sesuai dashboard SMART-IGD	25/10/2024	Dirut : Dashboard ini akan memudahkan DPJP, Dr. Jaga, Perawat dan tim IGD lainnya untuk memantau keberadaan pasien dan segera memutuskan Tindakan selanjutnya. Dirmed : Perlu Evaluasi dalam keptuhan implementasi SMART IGD agar capaian LOS IGD < 4 Jam bisa tercapai. Kepala SIRS : Mohon dipastiikan data dientri dengan tepat agar data menjadi Valid dan bisa dipertnggung jawabkan.	

CATATAN PENGENDALIAN PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN

Nama Peserta : Arip Hidayat, S.Kep.,Ners
NIP : 198012182003121002
Jabatan : Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan dan Gawat Darurat
Unit Kerja : Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
Mentor : Dr. Aisyah, MKM
Gagasan Aksi Perubahan : Implementasi Sistem Monitoring Aktif Responsif Terpadu Igd (Smart Igd) Melalui Penyempurnaan Dashboard Pasien Igd Berdasarkan Waktu Keberadaan

No	Tahapan Kegiatan	Tanggal	Catatan Coaching	Media Komunikasi	Paraf
1	Pembuatan Media Komunikasi untuk kelancaran Coaching	25/7/2024	<ul style="list-style-type: none"> Silahkan segera mulai berproses untuk Rancangan Aksi Perubahannya. Konsultasi bisa dilakukan melalui WA Group 	Wa Group	
2	Konsultasi Online	12/8/2024	<ul style="list-style-type: none"> Konsultasi terkait jenis Rancangan aksi perubahan. Rancangan boleh terkait dengan pengembangan aplikasi, tetapi dalam bentuk penyempurnaan, bukan pembuatan aplikasi baru. 	Wa Group	
3	Konsultasi awal Rancangan Aksi Perubahan	16/8/2024	<ul style="list-style-type: none"> Pastikan lagi masalah yang diangkat adalah masalah yang benar-bener terjadi di area kerja dan membutuhkan penyelesaian. 	Tatap Muka	
4	Konsultasi Konten Rancangan Aksi Perubahan	24/8/2024	Perbaiki pemetaan stakeholder	Wa Group	


5	Konsultasi akhir Persiapan Seminar Rancangan Aksi Perubahan	26/8/2024	Tampilkan dalam PPT Kemanfaatan dari rancangan aksi	Tatap Muka	
6	Konsultasi Draft Laporan Aksi Perubahan	26/10/2024	Lampirkan : <ul style="list-style-type: none"> • Undangan Rapat • Notulen • Absensi • Realisasi penggunaan anggaran • Juknis 	Konsultasi Online Wa Group	
7	Konsultasi Akhir Persiapan Semiinar Laporan Aksi Perubahan	29/10/2024	<ul style="list-style-type: none"> • Jangan lupa Tampilkan dalam PPT link Video • Jika Memungkinkan minta akses untuk mensimulasikan dashboard 	Tatap Muka	



RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Jalan Pasteur No. 38 Bandung

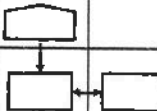
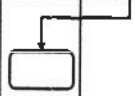
**DOKUMEN
MASTER**

Nomor SOP	X/2/1.4.2/02/077
Tanggal Pembuatan	5 Mei 2021
Tanggal Revisi	23 September 2024
Tanggal Efektif	23 September 2024
Disahkan oleh	Direktur Utama,  dr. H. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B., FINAC., M.Kes NIP 919350103202407101
Nama SOP	ALUR PELAYANAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
Dasar Hukum :	Kualifikasi Pelaksana :
1. Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Nomor HK.02.03/X.4.2.1/13247/2022 tentang Panduan Skrining Pasien. 2. Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Nomor HK.02.03/X.XIV.4.2.1/2646/2024 tentang Panduan Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.	1 Dokter Spesialis 2 Dokter Umum 3 Perawat 4 Keperawatan 5 Residen Tk 3 6 Administrasi 7 MOD 8 Staf Admission
Keterkaitan : HK.02.03/X.4.2.1/13247/2022	Peralatan/Perlengkapan :
	1. Komputer 2. APD 3. Formulir-formulir 4. EMR
Peringatan	Pencatatan dan Pendataan :
1 Apabila Alur Pelayanan Pasien Masuk Ke Instalasi Gawat Darurat ini tidak dijalankan maka akan memungkinkan terjadinya keterlambatan pelayanan dan komplain dari pasien dan keluarga.	1. Capaian Indikator Mutu dilaporkan setiap bulan meliputi : Respon Time IGD<8 menit, Decision Time < 2 jam, dan LOS Pasien IGD< 4 Jam.

ALUR PELAYANAN PASIEN DI INSTALASI Gawat Darurat RSUD DR. HASAN BADIKIN BANDUNG

No.	Aktivitas	Pelaksana										Mutu Baku			Keterangan
		Keamanan IGD / Screener	Pendaftaran IGD	Triase IGD	Dokter Jaga IGD	DPJP Onsite	Residen TK 3	Perawat IGD	Staf Admision	MOD	Pasien / Keluarga	Kelengkapan	Waktu (menit)	Output	
1	Pasien datang melalui pintu masuk IGD											APD Level 1	1	Pasien diterima dengan aman	
2	Melakukan skrining pasien apakah masuk kategori infeksi/non infeksi											APD Level 1	1	pasien terdeteksi infeksi/non infeksi	
3	Mendaftarkan pasien kedalam system											Komputer	2	Pasien terdaftar kedalam sistem RSHS	
4	Melakukan pemeriksaan TTV dan Tingkat Kesadaran (AVPU: Alert; Verbal; Pain; Unresponsif)											APD Level 1	5	TTV dan Tingkat kesadaran diketahui.	
5	Menentukan Kategori Triase											APD Level 1	1	Kategori pasien diketahui dan ditetapkan	Merah: Kondisi kritis yang membutuhkan penanganan segera. Kuning: Memerlukan tindakan segera, tetapi tidak dalam kondisi kritis. Hijau: Kondisi stabil, memerlukan penanganan tetapi tidak mendesak
6	Mengantar pasien ke ruang tindakan IGD sesuai kategori triase											APD Level 1	3	Pasien siap ditatalaksana lanjutan oleh dr. Jaga IGD	Merah: Masuk Ruang Resusitasi Kuning dan Hijau: Masuk ruang tindakan IGD
7	Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik											APD Level 1	5	Informasi yang dibutuhkan didapatkan	
Kategori Hijau															
8	Melakukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan											APD Level 1	5	Kebutuhan pemeriksaan penunjang terfasilitasi	
9	Melakukan penanganan yang dibutuhkan pasien											APD Level 1	1 menit 2 jam	Kebutuhan pasien tertatalaksana sesuai kebutuhan	
10	Melakukan observasi pasien											APD Level 1	1 menit 2 jam	Kondisi pasien termonitor	
11	Menentukan apakah pasien layak dipulangkan											APD Level 1	1	Keputusan kepulangan ditetapkan	
12	Membuat resep pulang dan melengkapi E-MR serta e-Resume.											APD Level 1	5	Kebutuhan perawatan lanjut terpenuhi	
13	Mengurus administrasi pulang dan mendapatkan resep											Komputer, Formulir rincian biaya		Administrasi selesai, Pasien dapat pulang	
Kategori Kuning															
14	Menentukan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk menangani pasien.											Daftar Jaga DPJP	1	DPJP ditetapkan	



No.	Aktivitas	Pelaksana										Mutu Baku			Keterangan	
		Koordinator IGD / Screener	Pendaftaran IGD	Triase IGD	Dokter Jaga IGD	DPJP Onsite	Residen TK 3	Perawat IGD	Staf Admission	MOD	Pasien / Keluarga	Kelengkapan	Waktu (menit)	Output		
15	Menghubungi DPJP untuk melaporkan kedatangan pasien												Telpon	2	Informasi keberadaan pasien tersampaikan kepada DPJP	
16	Melakukan tatalaksana kegawatdaruratan bersama residen Tingkat 3 dan perawat												APD Level 1	1-2 jam	Keluhan pasien tertatalaksana sesuai kebutuhan	
17	Menghubungi DPJP jadwal jaga berikutnya untuk melaporkan kedatangan pasien, jika dalam 15 menit DPJP pertama tidak merespon												Daftar Jaga DPJP	1	DPJP ditetapkan	
18	Stabilisasi pasien												APD Level 1	1-2 jam	Keluhan pasien tertatalaksana sesuai kebutuhan	
19	Memutuskan tatalaksana selanjutnya												Data kondisi pasien	2 menit	Tatalaksana lanjutan ditetapkan	Keberadaan pasien dapat dilihat di Dashboard Pasien IGD dengan kriteria warna : Merah : Pasien sudah lebih dari 4 jam di IGD Kuning : Pasien sudah berada di IGD 2-4 Jam Hijau : Pasien berada di IGD 0-2 jam
Kategori Merah																
20	Melakukan penatalaksanaan pasien diruang resusitasi												APD Level 1	1-2 jam	Keluhan pasien tertatalaksana sesuai kebutuhan	Tatalaksana stabilisasi pasien dilakukan dalam 2 jam pertama pasien masuk ke IGD
21	Melakukan Observasi												APD Level 1	1-2 jam	Keluhan pasien tertatalaksana sesuai kebutuhan	
22	Memutuskan tatalaksana selanjutnya												Data kondisi pasien	2 menit	Tatalaksana lanjutan ditetapkan	Keberadaan pasien dapat dilihat di Dashboard Pasien IGD dengan kriteria warna : Merah : Pasien sudah lebih dari 4 jam di IGD Kuning : Pasien sudah berada di IGD 2-4 Jam Hijau : Pasien berada di IGD 0-2 jam
23	Melakukan pengisian Elektronik Rekam Medik IGD												Komputer, Data Pasien	5 menit	EMR Terisi lengkap	
24	Menghubungi Admission untuk ketersediaan Ruang Rawat sesuai keputusan DPJP												rekam medik	5 menit	Kebutuhan ruang perawatan teridentifikasi	

No.	Aktivitas	Pelaksana										Mutu Baku			Keterangan
		Keamanan IGD / Screener	Pendaftaran IGD	Triase IGD	Dokter Jaga IGD	DPJP Onsite	Residen TK 3	Perawat IGD	Staf Admisi	MOD	Pasien / Keluarga	Kelengkapan	Waktu (menit)	Output	
25	Memastikan ketersediaan tempat perawatan selanjutnya											Dashboard Rawa Inap	2	Ruangan definitip (ditetapkan)	
26	Mengirimkan Pasien ke ruang Ranap/OK/Kamar Jenazah											APD Level 1	10	Pasien mendapatkan ruang perawatan selanjutnya	Bagi pasien yang sudah diputuskan memerlukan perawatan dan sudah mendapatkan ruangan, jika kondisi stabil langsung dikirim ke ruang yang dituju. Untuk tindakan lanjutan semisal konsul dan pemeriksaan penunjang dapat dilakukan di ruang perawatan.



**RSUP Dr. Hasan Sadikin
Bandung**

FORMULIR PEMBUATAN/REVISI DOKUMEN*)

Nama dokumen	: Standar Operasional Prosedur Alur Pelayanan Pasien di IGD.	
Nomor dokumen	: X/2/1.4.2/02/077	
Tanggal terbit	: 23 September 2024	Nomor revisi : 02
Deskripsi pembuatan/revisi *)		
Revisi SOP Alur Pelayanan Pasien di IGD		
Alasan pembuatan/revisi *)		
<ol style="list-style-type: none">1. Adanya perubahan dalam alur tatalaksana pelayanan di IGD2. Adanya perubahan pelaksana pelayanan dalam setiap tahapan3. Adanya target mutu terkait pelayanan di IGD		
Pemohon/unit pemilik proses	Direktur terkait,	
 Oded Sumarna. S.Kep.,Ners.,M.Kep NIP 196911121997031001	 dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An- KNA.,M.Kes NIP 197812192012121002	


*) coret yang tidak perlu

RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Diselesaikan oleh:


Arip Hidayat, S.Kep.,Ners

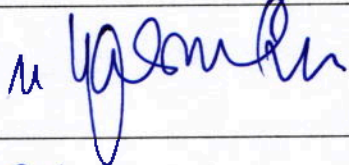
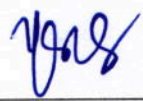

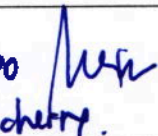
Diperiksa oleh:


Oded Sumarna. S.Kep.,Ners.,M.Kep.

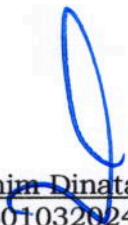
Bandung , 23 September 2024

Judul konsep

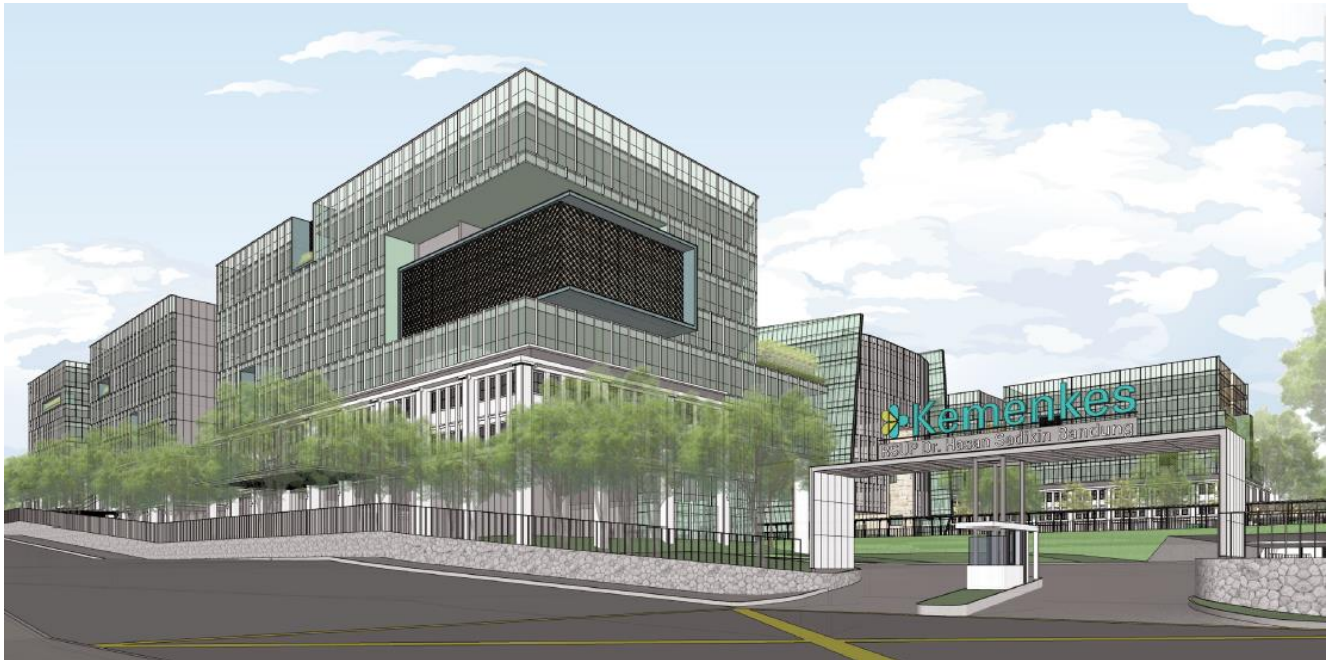
Standar Operasional Prosedur Alur Pelayanan Pasien di IGD.

1.	Kepala Instalasi Gawat darurat	
2.	Manajer Pelayanan Medik	
3.	Manajer Pelayanan Keperawatan	Setuju Revisi SOP 
4.	Manajer Pelayanan Penunjang	Setuju sesuai revisi SOP  cherry.

 Ditetapkan
Direktur Utama,


dr. H. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B., FINAC., M.Kes
NIP 919550103202407101

JUKNIS SISTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF TERPADU (SMART-IGD)



OKTOBER 2024

RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

UN

**PANDUAN UNTUK
ADMIN DAN
PETUGAS**

RUANG LINGKUP

SYSTEM MONITORING AKTIF RESPONSIF TERPADU (SMART-IGD)

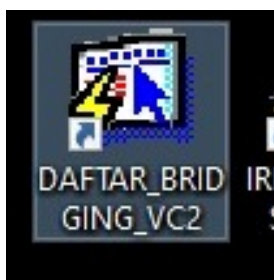
System Monitoring Aktif Responsif Terpadu IGD merupakan system tatalaksana monitoring pasien IGD yang dilakukan oleh tenaga medis, perawat dan PPA lain yang bertugas di IGD dengan memanfaatkan informasi data pasien yang ditampilkan didalam dashboard pasien IGD dengan menunjukkan waktu keberadaan pasien di IGD sebagai panduan untuk melakukan tatalaksana lanjutan pasca stabilisasi.

Tatalaksana pasca stabilisasi ini meliputi :

1. Rawat Inap
2. Tindakan Operasi
3. Pulang
4. Meninggal

ENTRI DATA DASHBOARD

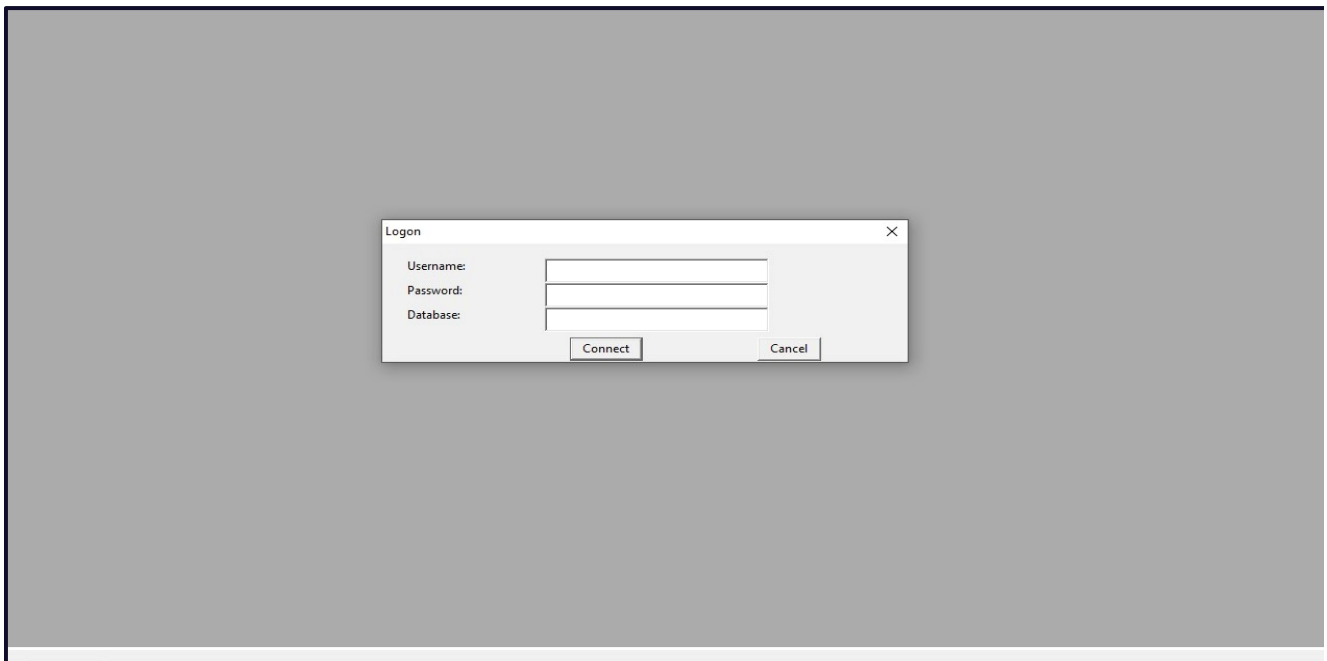
Masuk ke halaman muka computer Admin lalu pilih Aplikasi
PENDAFTARAN PASIEN IGD



Klik tombol tersebut 2 Kali

LOGIN PAGE

Silahkan masukan **User Name** dan **Password** yang sudah diberikan oleh Tim Sistem Informasi Rumas Sakit (SIRS)



GAGAL LOGIN

Jika **User Name** dan **Password** salah, silahkan hubungi SIRS untuk meminta **User Name** dan **Password**.

Kemudian Masukan Kembali **User Name** dan **Password** yang diberikan pada menu **LOGIN**

HALAMAN UTAMA

Setelah berhasil LOGIN, akan muncul halaman utama yang berisi menu pengisian data pasien.

The screenshot shows a Windows application window titled "Developer/2000 Forms Runtime for Windows 95 / NT - [Pendaftaran Pasien IRD]". The interface includes a menu bar (Action, Edit, Query, Block, Record, Field, Window, Help) and a toolbar with various icons. The main form is divided into several sections:

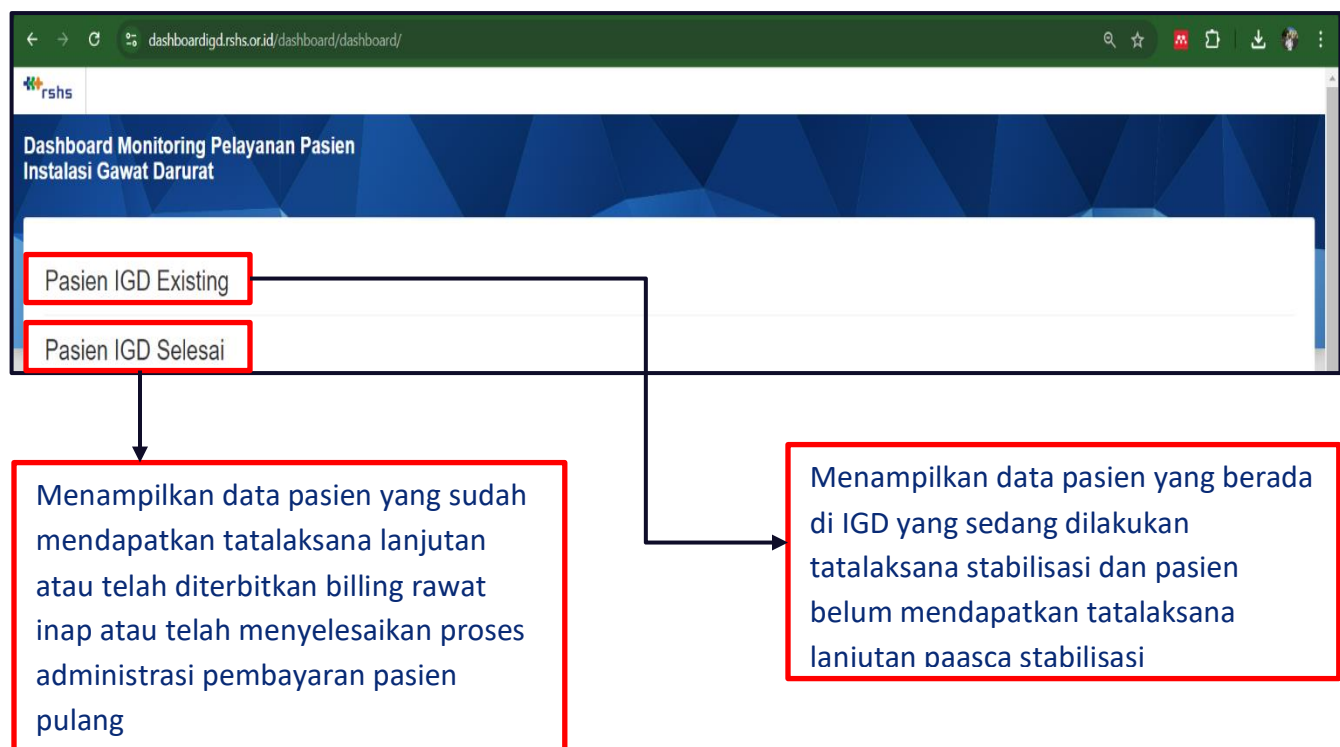
- Operator and System Info:** Fields for OPERATOR, Tgl. Sistem (28-10-2024), Check In, and Check Out.
- Patient Identification:** Fields for NO RM, Tgl. Kunjungan, Nama Pasien, Tempat/Tgl Lahir, Umur (with sub-fields for Tahun, Bulan, Hari), Jenis Kelamin (Perempuan/Laki-Haki), Cara Bekunjung (DATANG SENDIRI), Nama Dokter, Perujuk, Jenis Kunjungan (NON BEDAH - UMUM(MEDIK1)), Jenis Kecelakaan, No. Dokumen, Triase, and Jenis Emergensi.
- Payment and Billing:** Fields for KETERANGAN, CARA BAYAR (UMUM), KONTRAKTOR, SJP/SEP, GOL., KELAS JATAH (II), RUJUKAN SISROUTE, KARYAWAN RSHS, BIAYA KARCIS, TAGIHAN, NO. SERI KARCIS, and LUNAS / BELUM (BELUM LUNAS). A note states: "Dianggap lunas kalau sudah cetak Karcis".
- Demographic and Contact Info:** Fields for Alamat, KELURAHAN, DESA, KECAMATAN, Kab./Kota, PROPINSI (JAWA BARAT), KTP. PASIEN, NO BPJS, HAMBATAN, Suku, No Handphone, Pendidikan, Pekerjaan, Agama, Status (KAWIN), and Warga negara (WNI).
- Navigation and Action Buttons:** A vertical stack of buttons on the right side: DENIWER, SEP BPJS, Cetak Karcis, Cetak Kartu, PSN BARU, PSN LAMA, CETAK KIP, CTK SEP LAGI, IDENT PASIEN, 0000365582, Isi CM IRJ, DATA IRI, BARCODE LABEL, DAFTAR IRI, LAP. HARIAN, SBPK.

Isi semua kolom yang disediakan dengan lengkap, dimulai dengan menu utama pada bagian atas, dilanjutkan pengisian **Identitas Pasien, Penanggung Jawab, Yang Dapat Dihubungi** pada bagian bawah.

TAMPILAN MENU DASHBOARD PASIEN

Dashboard pasien IGD akan menampilkan 3 Row Data

1. Data Pasien Eksisting
2. Data Pasien Selesai di Tatalaksana
3. LOS pasien IGD

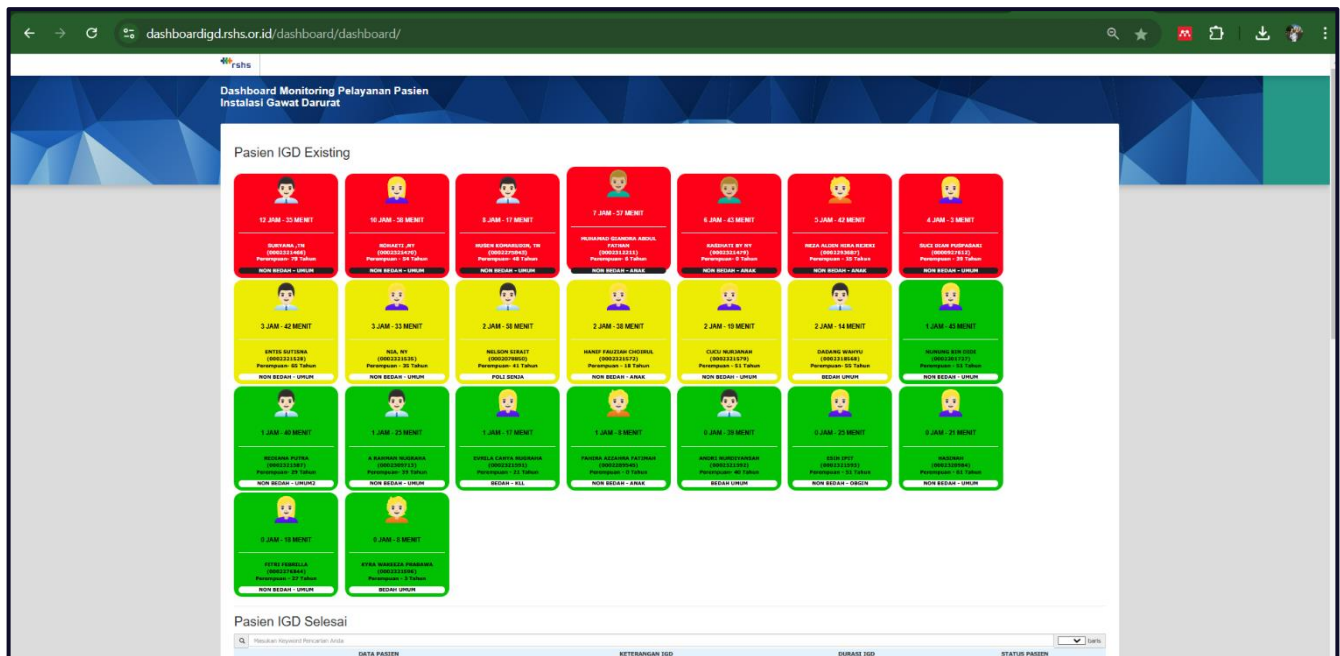


TAMPILAN MENU DASHBOARD PASIEN 1

Data Pasien Eksisting

Berisi tampilan data pasien yang dibuat dalam bentuk segi empat yang berisi :

1. Foto Pasien (saat ini ditampilkan Foto *Dummy* yang menunjukkan Gender Laki-laki atau Perempuan)
2. Waktu Keberadaan pasien di IGD
3. Nama Pasien
4. Nomor Rekam Medik
5. Jenis Kelamin dan Usia
6. Jenis Pelayanan IGD



Warna-warna yang berbeda pada tampilan data pasien menunjukkan waktu keberadaan pasien di IGD



- Warna Hijau** : Menunjukkan waktu keberadaan pasien di ruang IGD sejak registrasi sampai dengan 2 jam. (0-2jam)
- Warna Kuning** : Menunjukkan waktu keberadaan pasien di IGD 2-4 Jam.
- Warna Merah** : Menunjukkan waktu keberadaan pasien di IGD lebih dari 4 jam.

Perubahan warna secara otomatis akan terjadi ketika waktu-waktu tersebut terlewati. Perhitungan waktu keberadaan pasien di IGD dimulai sejak pasien diregistrasikan di IGD.

TATALAKSANA BERDASARKAN WARNA

Setiap Staf yang berjaga di IGD wajib memperhatikan tampilan dashboard dan melakukan tatalaksana sesuai dengan warna yang muncul pada setiap pasien.

TATALAKSANA WARNA HIJAU

Profil pasien warna **hijau** mengisyaratkan pasien baru masuk ke IGD sampai batasan waktu 2 jam. Setiap petugas medik, keperawatan dan PPA lain segera melakukan tatalaksana kegawat daruratan sesuai kategori dan lakukan stabilisasi.

Sebelum waktu 2 jam habis, harus sudah diputuskan keperluan tatalaksana lanjut untuk pasiennya. Apakah pasien akan **dirawat, perlu Tindakan operasi, pulang atau meninggal.**

Keputusan ini dinamakan **Decision Time IGD** yang menjadi indicator mutu IGD dan dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan.

Pada saat keberadaan pasien di IGD sampai pada waktu 2 jam 1 detik, warna profil pasien akan secara otomatis berubah menjadi kuning.

TATALAKSANA WARNA KUNING

Profil pasien warna **Kuning** mengisyaratkan pasien sudah berada di IGD lebih dari 2 jam 1 detik sampai dengan batasan waktu 4 jam.

Setiap petugas medik, keperawatan dan PPA lain juga SOD keperawatan segera menindaklanjuti tatalaksana Keputusan yang sudah ditetapkan sebelumnya.

1. Untuk pasien yang akan dirawat

- a. Pj Shift Perawat IGD segera mengkoordinasikan kebutuhan ruang perawatan dengan bagian pendaftaran rawat inap.
- b. Untuk pasien yang sudah mendapatkan ruangan definitive, PJ shift IGD segera mengirimkan pasien tersebut ke ruangan yang dituju.
- c. Untuk konsul antar bagian dan pemeriksaan penunjang dilanjutkan diruang perawatan.

-
- d. Jika ruangan definitive masih penuh, pasien dirawat sementara di Transit IGD atau Transit Intensif, dengan mendapatkan peayanan setara rawat inap.

2. Untuk Pasien yang akan dilakukan Tindakan Operasi :

- a. Pastikan surat konsul anestesi sudah dibuat oleh DPJP
- b. Konsul ke bagian anestesi untuk penjadwalan Operasi
- c. Pastikan ketersediaan ruangan rawat pasca Operasi

3. Untuk Pasien yang akan dipulangkan :

- a. DPJP dan perawat segera mengisi EMR dengan lengkap sampai dengan resume pasien pulang.
- b. Perawat membuat pengantar penyelesaian administrasi dan mengrahkan keluarga pasien untuk penyelesaian administrasi di Loker pembayaran.

4. Untuk Pasien yang meninggal :

- a. DPJP dan perawat segera mengisi EMR dengan lengkap sampai dengan resume pasien pulang.
- b. DPJP Mengisi formulir Kematian di EMR
- c. Perawat atau pekarya mengantarkan pasien dan keluarga ke Kamar Jenazah.

TATALAKSANA WARNA MERAH

Profil pasien warna **Merah** mengisyaratkan pasien sudah berada di IGD lebih dari 4 jam 1 detik. Hal ini menunjukkan adanya keterlambatan dalam tatalaksana lanjutan sesuai standar yang sudah ditetapkan.

Setiap petugas medik, keperawatan dan PPA lain juga SOD keperawatan segera menindaklanjuti tatalaksana Keputusan yang sudah ditetapkan sebelumnya.

1. Untuk pasien yang akan dirawat

- a. Pj Shift Perawat IGD segera mengkoordinasikan kebutuhan ruang perawatan dengan bagian pendaftaran rawat inap.
- b. Untuk pasien yang sudah mendapatkan ruangan definitive, PJ shift IGD segera mengirimkan pasien tersebut ke ruangan yang dituju.
- c. Untuk konsul antar bagian dan pemeriksaan penunjang dilanjutkan diruang perawatan.
- d. Jika ruangan definitive masih penuh, pasien dirawat sementara di Transit IGD atau Transit Intensif, dengan mendapatkan peayanan setara rawat inap.

2. Untuk Pasien yang akan dilakukan Tindakan Operasi :

- a. Pastikan surat konsul anestesi sudah dibuat oleh DPJP
- b. Konsul ke bagian anestesi untuk penjadwalan Operasi
- c. Pastikan ketersediaan ruangan rawat pasca Operasi

3. Untuk Pasien yang akan dipulangkan :

- a. DPJP dan perawat segera mengisi EMR dengan lengkap sampai dengan resume pasien pulang.
- b. Perawat membuat pengantar penyelesaian administrasi dan mengrahkan keluarga pasien untuk penyelesaian administrasi di Loker pembayaran.

4. Untuk Pasien yang meninggal :

- a. DPJP dan perawat segera mengisi EMR dengan lengkap sampai dengan resume pasien pulang.
- b. DPJP Mengisi formulir Kematian di EMR
- c. Perawat atau pekarya mengantarkan pasien dan keluarga ke Kamar Jenazah.

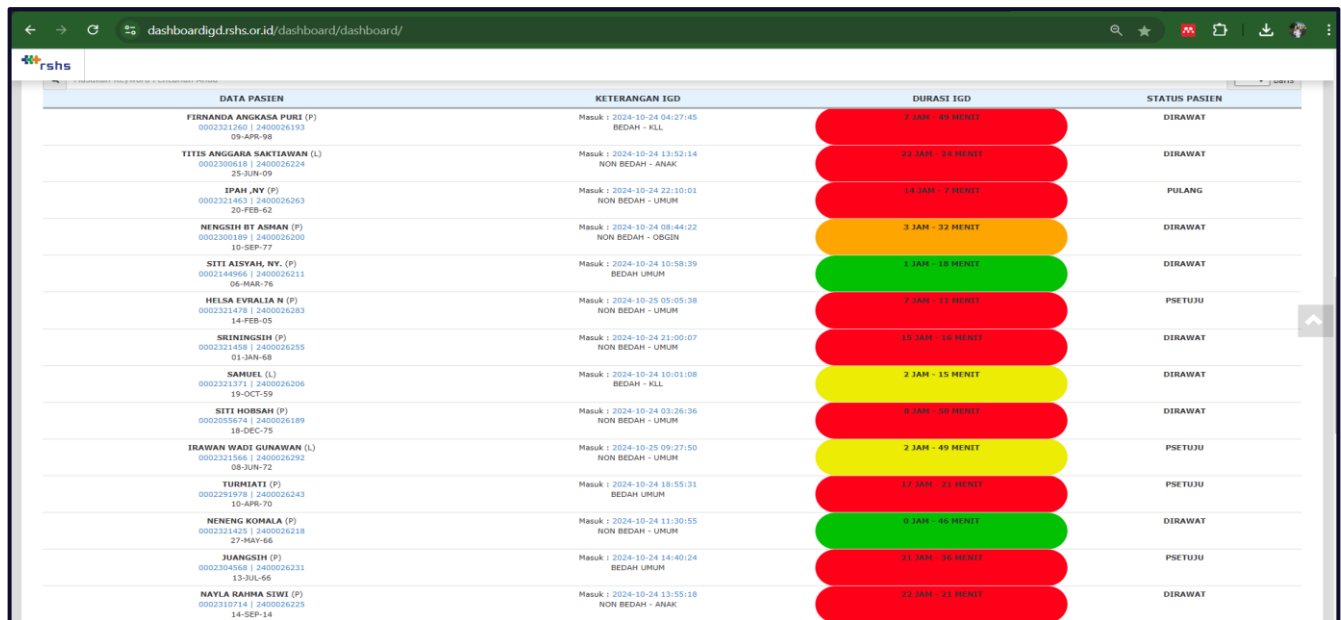
PERGESERAN DARI ROW 1 KE ROW 2

Profil pasien akan berpindah dari row 1 ke row 2 ketika :

1. Pasien sudah mendapatkan ruang rawat dan diterbitkan billing rawat inap oleh Admission.
2. Pasien telah menyelesaikan pembayaran administrasi apabila pasien pulang atau meninggal.

TAMPILAN MENU DASHBOARD PASIEN 2

Data Pasien Selesai Ditatalaksana



DATA PASIEN	KETERANGAN IGD	DURASI IGD	STATUS PASIEN
FIRNANDA ANGKASA PURI (P) 0002321260 2400026193 09-APR-98	Masuk : 2024-10-24 04:27:45 BEDAH - KLL	7 JAM - 45 MENIT	DIRAWAT
TITIS ANGGARA SAKTIAWAN (L) 0002300618 2400026224 25-JUN-09	Masuk : 2024-10-24 13:52:14 NON BEDAH - ANAK	22 JAM - 24 MENIT	DIRAWAT
IPAH ANV (P) 0002321463 2400026263 20-FEB-62	Masuk : 2024-10-24 22:10:01 NON BEDAH - UMUM	14 JAM - 7 MENIT	PULANG
NENGSIH BT ARMAN (P) 0002300159 2400026200 10-SEP-77	Masuk : 2024-10-24 08:44:22 NON BEDAH - OBGIN	3 JAM - 32 MENIT	DIRAWAT
SITI AISYAH, NY. (P) 0002148966 2400026211 06-MAR-75	Masuk : 2024-10-24 10:58:39 BEDAH UMUM	1 JAM - 18 MENIT	DIRAWAT
HELISA EVRALLIA N (P) 0002321476 2400026283 14-FEB-05	Masuk : 2024-10-25 05:05:38 NON BEDAH - UMUM	1 JAM - 25 MENIT	PSETUJU
SRININGSIH (P) 0002321458 2400026255 01-JAN-68	Masuk : 2024-10-24 21:00:07 NON BEDAH - UMUM	19 JAM - 16 MENIT	DIRAWAT
SAMUEL (L) 0002321371 2400026206 19-OCT-59	Masuk : 2024-10-24 10:01:08 BEDAH - KLL	2 JAM - 15 MENIT	DIRAWAT
SITI HORSAH (P) 0002055674 2400026189 18-DEC-75	Masuk : 2024-10-24 03:26:36 NON BEDAH - UMUM	6 JAM - 50 MENIT	DIRAWAT
IRAWAN WADI GUNAWAN (L) 0002321566 2400026296 08-JUN-72	Masuk : 2024-10-25 09:27:50 NON BEDAH - UMUM	2 JAM - 49 MENIT	PSETUJU
TURMIATI (P) 0002291978 2400026243 10-APR-70	Masuk : 2024-10-24 18:55:31 BEDAH UMUM	17 JAM - 21 MENIT	PSETUJU
NENENG KOMALA (P) 0002321423 2400026218 27-MAY-66	Masuk : 2024-10-24 11:30:55 NON BEDAH - UMUM	6 JAM - 36 MENIT	DIRAWAT
JUANGSIH (P) 0002304568 2400026231 13-JUL-66	Masuk : 2024-10-24 14:40:24 BEDAH UMUM	21 JAM - 50 MENIT	PSETUJU
NAYLA RAHMA SIWI (P) 0002320714 2400026225 14-SEP-14	Masuk : 2024-10-24 13:55:18 NON BEDAH - ANAK	22 JAM - 21 MENIT	DIRAWAT

Menunjukkan Rekap data pasien yang sudah selesai ditatalaksana di IGD setiap harinya dengan Cut Off time pukul 00.00 WIB.

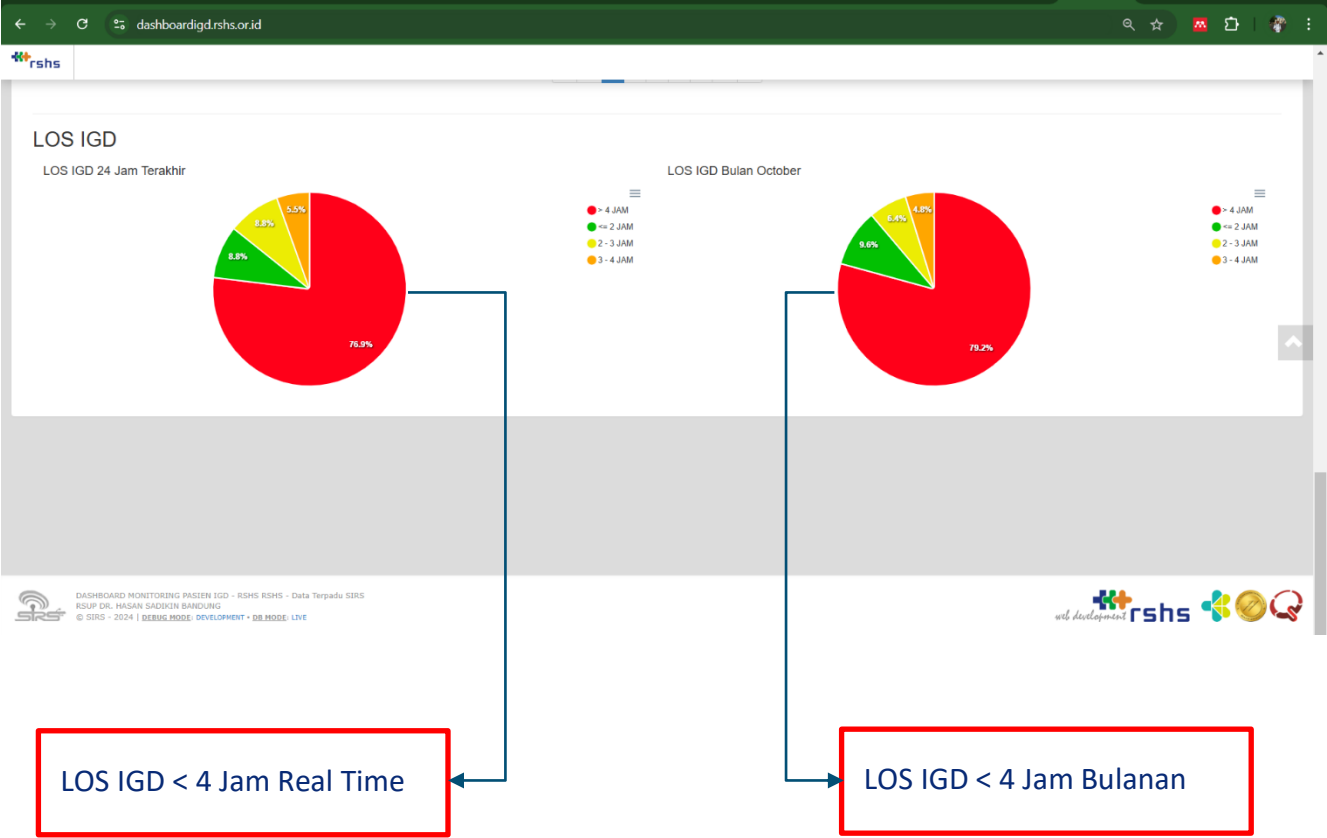
Tanggal dan waktu masuk pasien

Tanggal dan waktu selesai Tindakan di IGD

Jenis tindak lanjut (Rawat Inap, Operasi, Pulang atau Meninggal)

TAMPILAN MENU DASHBOARD PASIEN 3

Grafik Rekapitulasi LOS Pasien IGD < 4 Jam



Nomor : UM.01.05/D.XIV.3.1.1/21050 /2024 23 Oktober 2024
Hal : Undangan Sosialisasi optimalisasi waiting list dan penjadwalan operasi
ibs.rshs.or.id dan sistem dashboard di Instalasi Gawat Darurat

Yth,
Terlampir
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan dan memastikan efisiensi dalam proses pengaturan waiting list, penjadwalan operasi di Instalasi Bedah Sentral dan Penerapan sistem dashboard digital di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUP Dr. Hasan Sadikin, kami bermaksud mengadakan sosialisasi terkait hal tersebut.

Sehubungan dengan itu, kami mengundang Bapak/Ibu untuk hadir pada:

Hari/Tanggal : Jumat/ 25 Oktober 2024
Waktu : 14.00 - Selesai
Tempat : Ruang Sidang RSUP Dr. Hasan Sadikin
Acara : Sosialisasi Pengaturan Waiting List, Penjadwalan Operasi Instalasi Bedah Sentral dan Sistem Dashboard di IGD.

Adapun agenda sosialisasi ini meliputi:

1. Pengaturan waiting list dan alur penjadwalan operasi secara digital.
2. Pengenalan sistem dashboard untuk pemantauan status pasien dan antrian operasi.
3. Diskusi teknis tentang penerapan dan penggunaan sistem di IGD.

Untuk informasi lebih lanjut dapat menghubungi dr. Ashrini S (087821980910) dan Arip Hidayat, S.Kep.,Ners (083829200510)

Demikian undangan ini kami sampaikan. Atas kehadiran dan partisipasi Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Direktur Medik dan Keperawatan,

dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An.-TI, Subsp.N.An.(K), M.Kes.
NIP 197812192012121002

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Daftar Undangan :

1. Manajer Pelayanan Medik
2. Manajer Keperawatan
3. Manajer Penunjang
4. Kepala dan Waka Instalasi Gawat Darurat
5. Kepala dan Waka Instalasi Bedah Sentral
6. Kepala dan Waka Instalasi SIRS
7. Kepala Instalasi Rawat Inap
8. Kepala Instalasi Rawat Jalan
9. Muhamad Safronul Hafidz, S.T
10. Kepala KSM Ilmu Bedah
11. Koordinator Pelayanan KSM Ilmu Bedah
12. DPJP PIC Penjawalan Operasi Bedah Digestif
13. DPJP PIC Penjawalan Operasi Bedah Onkologi
14. DPJP PIC Penjawalan Operasi Bedah Plastik
15. DPJP PIC Penjawalan Operasi Bedah Anak
16. DPJP PIC Penjawalan Operasi Bedah Vaskular
17. DPJP PIC Penjawalan Operasi Bedah Thoraks
18. Kepala KSM Bedah Urologi
19. Koordinator Pelayanan Bedah urologi
20. DPJP PIC Penjawalan Operasi KSM Bedah Urologi
21. Kepala KSM Bedah Saraf
22. Koordinator Pelayanan KSM Bedah Saraf
23. DPJP PIC Penjadwalan Operasi KSM Bedah Saraf
24. Kepala Bedah Orthopedi
25. Koordinator Pelayanan KSM Bedah Orthopedi
26. DPJP PIC Penjawalan Operasi Bedah Orthopedi
27. Kepala KSM Ilmu Penyakit Dalam
28. Koordinator Pelayanan KSM Ilmu Penyakit Dalam
29. Kepala KSM Ilmu Kesehatan Anak
30. Koordinator Pelayanan KSM Ilmu Kesehatan Anak
31. Pengawas Keperawatan Instalasi Gawat Darurat
32. Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.







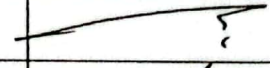
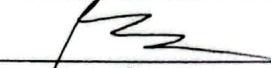







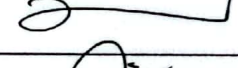

DAFTAR HADIR

Acara : Rapat Koordinasi KSM
Hari, Tanggal : Jumat, 25 Oktober 2024
Waktu : 13.00 WIB
Tempat : Ruang Pertemuan Direksi Lantai 2

No.	Nama	Unit/Bagian	Tanda Tangan
1.	dr. H Rachim Dirata M. Sp.B. DDU T		
2.	R. Nurul H	Ortopedi	
3.	Tjahjono d. Jh	Urologi	
4.	Reno	Bedah	
5.	Reti H	IKKK	
6.	Rovinia	Farmakoklinik	
7.	Tri H	PEA	
8.	Uswandiy	Kerjasama	
9.	Kunita	Anestesi	
10.	Ha M Oti	B. Mulat	
11.	Purman	B. Sarung	
12.	Artu	W D	

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



No.	Nama	Unit/Bagian	Tanda Tangan
13.	Melani	KSM Umum	
14.	NAM	IGD	
15.	Sayu	Ruga	
16.	Vimren	IKEM	
17.	Al. Kund H	IGD	
18.	Bardut	Jawa	
19.	Mic	radiologi	
20.	Chevi S.	IKEM	
21.	Susi S	IKA	
22.	Orled	IGD	
23.	Ratu P	KSM Pat Klin	
24.	TRAB	Mikler	
25.	Wign	IKEM	
26.	Fusman	IGD-2 Mula	
27.	McDoby H	IGD Surg	
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			










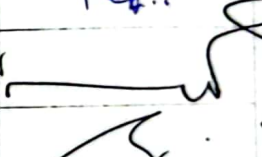



Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



DAFTAR HADIR LABORAN ONSITE

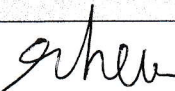






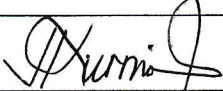
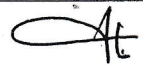

Senin, 21 Oktober 2024

WAKTU :

NO	NAMA DAN GELAR	BAGIAN	TANDA TANGAN
1	Sindy Amalia F. dr. SpA	IPA	
2	Melani	LED	
3	Lina M	Supervisor Keperawatan	
4	Senni Noviani	SOD Kep.	
5	Ai Sarah.	LED-	
6	Ida Widaningsis	Admission	
7	Hana Nur R.	Anestesi	
8	Ririn Indriani	IRI Admission	
9	Eudang S	Azaka	
10	Zola Wijayanti	Urologi	
11	Harguli Yay Liana	IPD	
12	Arif Hidayat	Bidant	
13	Iwan A Rahma	DIRMEO	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DAFTAR HADIR LAPORAN ONSITE

WAKTU : Senin 02 September 2024

NO	NAMA DAN GELAR	BAGIAN	TANDA TANGAN
1	Akhmad Rhesa Sandy	Anestesiologi	
2	Iis Nurhayati	SOD	
3	Filla Reviyani	IKA	
4	Mely Mudjahidah	IPD	
5	Randani Hurningsih	IGD	
6	Rahmah Martiana	IGD	
7	Tihni Indrianti	IRI Admission	
8	N. Deati Kurniawati	Paidwat	
9	Fihri Rahayu	IGD	
10	Arip Nugayah	Bidwat	
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DAFTAR HADIR LAPORAN ONSITE









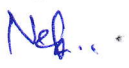
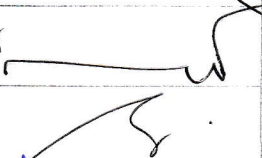

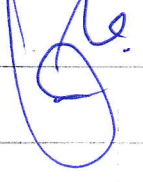
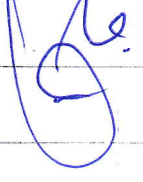
WAKTU : 04-09-2024

NO	NAMA DAN GELAR	BAGIAN	TANDA TANGAN
1	Elis Nurraeni	Perawat	[Signature]
2	Martina Y.A	Bidan	[Signature]
3	Kiki A.R.	Beach	[Signature]
4	Agung M. Patac	Perawat	[Signature]
5	M. Mardin	Admission center	[Signature]
6	Nining	IRI Fresia.2	[Signature]
7	Stama Uga	VKA	[Signature]
8	Icu.	IPD	[Signature]
9	Fitri Rahayu	IGD	[Signature]
10	Melani Shintya	ISD	[Signature]
11	Amelia Ganefianby	Pengawas keperawatan	[Signature]
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DAFTAR HADIR LAPORAN ONSITE +




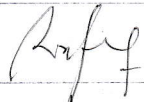


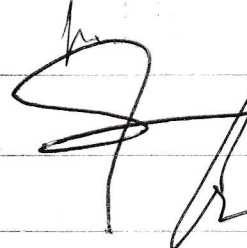
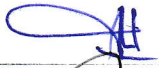


Senin, 21 Oktober 2014

WAKTU :

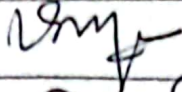
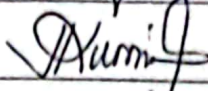
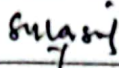

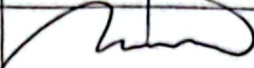


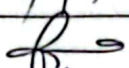



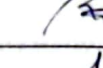

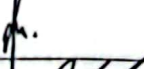



NO	NAMA DAN GELAR	BAGIAN	TANDA TANGAN
1	Sindy Amalia F. dr. SpA	IPA	
2	Melani	LED	
3	Lina M	Supervisr Keperawatan	
4	Senni Noviani	SOD Kep.	
5	Ai Sarah-	LED-	
6	Ida. Widaninggis	Admission	
7	Hana Nur R.	Anestesi	
8	Rini Indriani	IRI Admission	
9	Eudang S	Azaka	
10	Zola Wijayanti	Urologi	
11	Harguli Yay Ceana	IPD	
12	Arif Hidayat	Bisuit	
13	Iwan Arasma	DIRAEO	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DAFTAR HADIR LAPORAN ONSITE

WAKTU : 22 Oktober 2024

NO	NAMA DAN GELAR	BAGIAN	TANDA TANGAN
1	Faisal, SAsce	ITP	
2	Ade Indra F	MeBk	
3	IDA WIDANIN	Admission	
4	Kanti Rahayu	Brdwat	
5	Triana	SOD	
6	Ine	SOD	
7	Rizky Andhika	IPD	
8	Eppy M	Objekt	
9	Fibi Rahayu M	ICD	
10	Asong M. Retal	ICD	
11	Melani	ICD	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

RAPAT KOORDINASI PERAWAT DAN BIDAN IGD
TANGGAL 2 SEPTEMBER 2024

NO	NAMA	BAGIAN	TANDA TANGAN
1.	Arip Hidayat	Pridwat	
2.	A. Deati K	Pengawas	
3	Cucu Sulasmi	IGD	
4.	MARIA	IGD	
5	Indap. wulan	IGD	
6	Emi Novita	IGD	
7	Acep	IGD	
8.	Darlina	IGD	
9.	Ifan	IGD	
10.	Indri Adhika Putri	IGD	
11	Rini Puspitasari	IGD	
12	Mur Yatni	IGD	
13	Ai Sarah	IGD	
14	Syaiful	IGD	
15	N. Tutu Juna	IGD	
16	Leli	IGD	
17	Nouyanti A	IGD	

Yth.
Seluruh Kepala KSM
Seluruh Kepala Instalasi
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

SURAT EDARAN
Nomor : UM.01.05/D.XIV.1.1/26824/2024
EDARAN
SIMULASI ALUR PELAYANAN IGD SECARA BERTAHAP
Di RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Dalam rangka meningkatkan kualitas layanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) serta mempersiapkan implementasi alur pelayanan yang lebih efisien dan terstruktur, RSUP Dr. Hasan Sadikin akan melaksanakan **simulasi alur pelayanan IGD** secara bertahap pada tanggal **21 Oktober 2024**. Simulasi ini diharapkan dapat membantu semua pihak dalam memahami dan mengoptimalkan proses pelayanan di IGD. Adapun alur pelayanan yang akan diuji coba adalah sebagai berikut:

I. Alur Triase

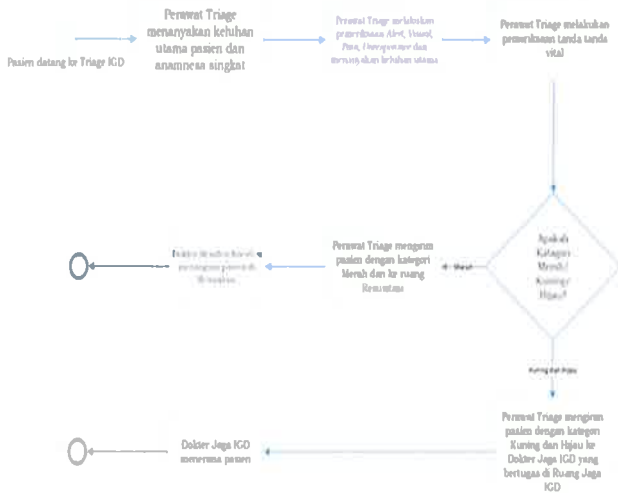
1. **Pasien Tiba di Triage IGD**
Perawat triage menerima pasien, menanyakan keluhan utama, dan melakukan anamnesis singkat.
2. **Pemeriksaan oleh Perawat Triage**
Perawat triage melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran (AVPU: Alert, Verbal, Pain, Unresponsive) serta mengecek tanda-tanda vital pasien.
3. **Penentuan Kategori Triage**
Pasien diklasifikasikan ke dalam salah satu dari tiga kategori berikut:
 - **Merah**: Kondisi kritis yang membutuhkan penanganan segera.
 - **Kuning**: Memerlukan tindakan segera, tetapi tidak dalam kondisi kritis.
 - **Hijau**: Kondisi stabil, memerlukan penanganan tetapi tidak mendesak.
4. **Tindakan Lanjut Berdasarkan Kategori Triage**
 - a) **Kategori Merah**:
 - Perawat triage segera mengirim pasien ke ruang resusitasi.
 - Dokter residen anestesi menangani pasien di ruang resusitasi.
 - b) **Kategori Kuning dan Hijau**:
 - Pasien diarahkan ke dokter jaga IGD untuk tindakan lebih lanjut.

II. Alur Jaga IGD

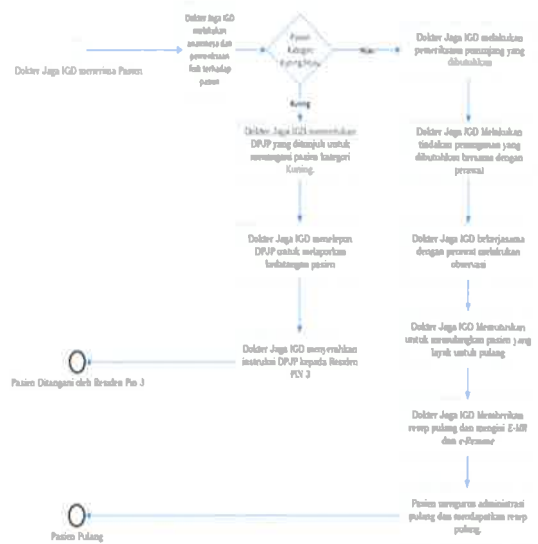
1. **Penerimaan oleh Dokter Jaga IGD**
Dokter jaga IGD melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.
2. **Penentuan Kategori Pasien (Kuning/Hijau)**
 - a) **Kategori Hijau**:
 - Dokter jaga melakukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan.
 - Dokter bersama perawat melakukan observasi pasien.
 - Setelah observasi, dokter menentukan apakah pasien layak dipulangkan.
 - Jika layak dipulangkan, dokter membuat resep pulang dan melengkapi E-MR serta e-Resume.
 - Pasien mengurus administrasi pulang dan mendapatkan resep.

b) **Kategori Kuning:**

- Dokter jaga menentukan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk menangani pasien.
- Dokter jaga menghubungi DPJP untuk melaporkan kedatangan pasien.
- Jika DPJP tidak dapat dihubungi dalam waktu 15 menit, DPJP terjadwal berikutnya akan dihubungi.
- Dokter jaga menyampaikan instruksi DPJP kepada residen Pin 3 untuk penanganan lebih lanjut.
- Pasien ditangani oleh residen Pin 3.



Gambar 1. Alur Triase



Gambar 2. Alur Pelayanan Dokter Jaga IGD

III. Proses Mobilisasi Pasien Rawat Inap

Pasien yang telah diputuskan tatalaksana lanjutan dalam 2 Jam oleh DPJP, akan segera ditindaklanjuti oleh Penanggung Jawab (PJ) perawat ≤ dari 4 jam.

Demikian surat edaran ini dibuat untuk menjadi panduan pelaksanaan simulasi alur pelayanan di IGD RSUP Dr. Hasan Sadikin untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Bandung
 Pada tanggal 18 Oktober 2024
 Direktur Medik dan Keperawatan



dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An, KNA., M.Kes

SERTIFIKAT

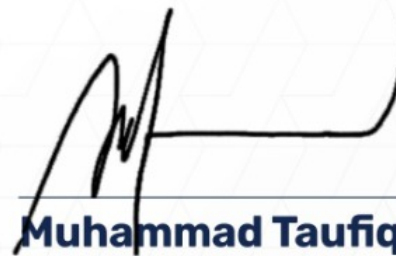
dengan bangga mempersembahkan
sertifikat ini kepada:

Arip Hidayat

Atas pencapaiannya dalam menyelesaikan
tugas akhir pada kelas pelatihan:

**Strategi Meningkatkan Motivasi Dan Produktivitas Dalam Dunia Kerja (2
JP)**

Jakarta, 22 Oktober 2024



Muhammad Taufiq
Deputi Bidang Kebijakan Pengembangan
Kompetensi ASN



395/4012/LAN/51/2024

No Kompetensi yang dipelajari

1	Memahami Konsep Motivasi dan Produktivitas Kerja
2	Sumber Motivasi dan Karakteristik Motivasi Beprestasi Tinggi
3	Tips dan Trik Agar Termotivasi Untuk Produktif
4	Dukungan Organisasi: Kepemimpinan dan Menyikapinya

SERTIFIKAT

dengan bangga mempersembahkan
sertifikat ini kepada:

Arip Hidayat

Atas pencapaiannya dalam menyelesaikan
tugas akhir pada kelas pelatihan:

Core Values ASN Berakhlak (7 JP)

Jakarta, 22 Oktober 2024



Muhammad Taufiq
Deputi Bidang Kebijakan Pengembangan
Kompetensi ASN



1038/4012/LAN/45/2024

No	Kompetensi yang dipelajari
1	Modul Adaptif
2	Modul Akuntabel
3	Modul Berorientasi Pelayanan
4	Modul Harmonis
5	Modul Kolaboratif
6	Modul Kompeten
7	Modul Loyal



SERTIFIKAT KELULUSAN

Future Skills Indonesia by Pijar Foundation

dengan bangga mempersembahkan
sertifikat ini kepada:

Arip Hidayat

Atas pencapaiannya dalam menyelesaikan
tugas akhir pada kelas pelatihan:

Membina Kerjasama Tim (5 JP)

Jakarta, 11 Juli 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ferro Ferizka', positioned above a horizontal line.

Ferro Ferizka

Executive Director
Pijar Foundation



010821/013/ASN/24

No Kompetensi yang dipelajari

1	Satu Kata Kunci Agar Sukses Berkarir
2	Developing Self Regulated Learning to Obtain Your Goal
3	Effective Communication Using NLP
4	Meningkatkan Active Listening Skill

SERTIFIKAT


dengan bangga mempersembahkan
sertifikat ini kepada:

Arip Hidayat

Atas pencapaiannya dalam menyelesaikan
tugas akhir pada kelas pelatihan:

Workshop Fasilitator Change Management

Jakarta, 27 Oktober 2024



Muhammad Taufiq

Deputi Bidang Kebijakan Pengembangan
Kompetensi ASN



630/4012/LAN/78/2024

No Kompetensi yang dipelajari

1	Kota Berkelanjutan (Forest City dan Sponge City)
2	Smart City

SERTIFIKAT

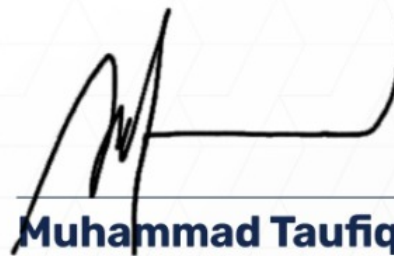
dengan bangga mempersembahkan
sertifikat ini kepada:

Arip Hidayat

Atas pencapaiannya dalam menyelesaikan
tugas akhir pada kelas pelatihan:

**Design Thinking Dalam Pemecahan Masalah Dan Pengambilan Keputusan
(4 JP)**

Jakarta, 22 Oktober 2024



Muhammad Taufiq
Deputi Bidang Kebijakan Pengembangan
Kompetensi ASN



322/4012/LAN/14/2024

No Kompetensi yang dipelajari

1	Tahapan dalam Proses Design Thinking - Emphatize
2	Tahapan dalam Proses Design Thinking - Define
3	Tahapan dalam Proses Design Thinking - Ideate
4	Tahapan dalam Proses Design Thinking - Prototype
5	Tahapan dalam Proses Design Thinking - Test