# BAB II TINJAUAN PUSTAKA

1. **Landasan Teori**
   1. **Puskesmas**
      * 1. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskemas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang kesehatan menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotive dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. (Permenkes R.I Nomor 75 tahun 2014)

Puskesmas Merupakan sarana pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. (Permenkes No. 857/Menkes/SK/IX/2009)

Menurut Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004 bahwa Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

* + - 1. Jenis Pelayanan Puskesmas

Sesuai dengan Permenkes no 71 tahun 2013 bahwa “Pelayanan Kesehatan Tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.

Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.”

* + - 1. Pelayanan Puskemas

Menurut Dedi Alamsyah, 2011 dalam buku Manajemen Pelayanan Kesehatan, Puskesmas memiliki atau menjalankan beberapa program pokok yang meliputi :

1. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
2. Keluarga Berencana (KB)
3. Usaha Perbaikan Gigi
4. Kesehatan Lingkungan (Kesling)
5. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular (P2PM)
6. Pengobatan Termasuk Pelayanan Darurat Karena Kecelakaan
7. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (Promkes)
8. Kesehatan Sekolah
9. Kesehatan Jiwa
10. Laboratorium Sederhana
11. Pencatatan Pelaporan dalam Rangka Sistem Imunisasi Kesehatan
12. Kesehatan Olah Raga
13. Kesehatan Usia Lanjut
14. Kesehatan Gigi dan Mulut
15. Pembinaan Pengobatan Tradisional
16. Perawatan Kesehatan Masyarakat
    1. **Rekam Medis**
       * 1. Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 269/Menkes/PER/III/2008 Rekam medis adalah dokumen yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

* + - 1. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dari kegunaan rekam medis terbagi dalam 2 kelompok besar. Pertama berhubungan dengan pelayanan pasien (primer), kedua yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik (sekuder). (Hatta, 2010:79)

Tujuan utama (primer) rekam medis terbagi dalam 5 kepentingan yaitu untuk:

1. *Pasien*, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di saran pelayanan kesehatan dengan segala hasil dan konsekuensi biaya.
2. *Pelayanan pasien*, rekam medis mendokumentasikan pelayan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang berkerja dalam berbagai fasilitas kesehatan. Selain itu rekam medis juga membantu dalam pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan dan penentuan diagnosis pasien.
3. *Manajemen pelayanan,* rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunaan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi.
4. *Menunjang pelayanan,* rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit. Menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi diantara yang berbeda.
5. *Pembiayaan,* rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien.

Tujuan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. (Hatta, 2010:79)

* + - 1. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (Depkes: 2006).

1. Aspek Administrasi

Di dalam Rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

1. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seseorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

1. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

1. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang daoat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi computer didalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

1. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan

1. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/refrensi pengajar dibidang profesi pendidikan kesehatan.

1. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

* 1. **Penyelenggaraan Rekam Medis**

Sesuai dengan Permenkes 269 tahun 2008 bahwa Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis.

Sesuai dengan UU Praktik Kedokteran No 29 Pasal 47 tahun 2004 bahwa dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis dalam menjalankan praktik kedokteran. Setelah memberikan pelayanan praktik kedokteran kepada pasien, dokter dan dokter gigi segera melengkapi rekam medis dengan mengisi atau menulis semua pelayanan praktik kedokteran yang telah dilakukan.

Permenkes 269 tahun 2008 bahwa setiap dokter, dokter gigi/ atau tenaga kesehatan bertanggungjawab atas catatan dokumen yang dibuat pada rekam medis.

Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis menurut Buku Manual Rekam Medis oleh Konsil Kedokteran Indonesia (2006) bahwa tata cara penyelenggaraan rekam medis terdiri dari

1. Kepemilikan Rekam Medis.
2. Penyimpanan Rekam Medis.
3. Pengorganisasian Rekam Medis.
4. Pembinaan Pengendalian dan Pengawasan.
   * + 1. Penyelenggaraan Penyimpanan Rekam Medis

Menurut Dirjen Yanmed (2006) Unit kegiatan rekam medis tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, salah satu kegiatan yang tercantum di dalam uraian tugas rekam medis meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman apabila dari unit pelayanan atau untuk keperluan lain.

Sesuai dengan Buku Manual Rekam Medis oleh Konsil Kedokteran Indonesia bahwa Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiannya oleh dokter, dokter gigi, dan pimpinan sarana kesehatan, dengan batas waktu lama penyimpanan menurut Peraturan Menteri Kesehatan paling lama 5 tahun dan resume medis paling sedikit 25 tahun.

* 1. **Pengembalian Dokumen Rekam Medis**

Definisi Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Pengembalian adalah proses, cara, perbuatan mengembalikan; pemulangan; pemulihan.

Menurut Savitri (2011)Pengembalian dokumen rekam medis adalah adalah dokumen yang kembali dari unit pelayanaan dan dinyatakan lengkap oleh bagian *Assembling,* dan telah di-*coding* dengan pengkodean yang berlaku, yang nantinya akan disimpan kembali pada bagian penyimpanan.

Alur Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Menurut Savitri (2011) bahwa Tahapan pengembalian yaitu dimulai dari pasien diijinkan pulang, dokumen rekam medis dikembalikan melalui bagian *Assembling*, Setelah dokumen dinyatakan lengkap, petugas *coding* akan melakukan pengkodean yang berlaku. Untuk kegiatan rekam medis manual/ tana bantuan komputer, proses pengindekan akan dilakukan setelah berkas selesai dari proses *coding.* Proses terakhir yaitu penyimpanan berkas rekam medis.

Waktu Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Sesuai dengan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah sakit Menteri Kesehatan Republik Indonesia bahwa pada pengisian rekam medik selama 1 × 24 jam setelah pelayanan selesai harus diisi selengkap-lengkapnya dan di kembalikan ke bagian rekam medis untuk disimpan dengan semestinya.

Faktor Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Pada hasil penelitian faktor penyebab keterlambatan pengembalian dokumen medis di RS X kabupaten Kediri rawat inap oleh jurnal penelitian Mirfat dkk, bahwa faktor yang mempengaruhi keterlambatan dokumen rekam medis adalah

* 1. Faktor Sumber Daya Manusia, salah satunya yaitu kurangnya kedisplinan dokter dalam pengisian rekam medis terutama resume medis.
  2. Faktor metode, salah satunya adalah ketidapastian jam visite dokter spesialis.
  3. Faktor kebijakan (machine), salah satunya adalah SOP dan kebijakan penempelan Post it belum ada
  4. **Dokumen Rekam medis Rawat Jalan**
     + 1. Definisi Rekam Medis Rawat Jalan

Menurut Kepmenkes 560 tahun 2003 bahwa “Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit.”

Rekam Medis Rawat Jalan adalah Rekam Medis yang dimulai pada saat pertama pasien mendaftar sebagai pasien rawat jalan yang berisikan sesuai Permenkes 269 tahun 2008 bahwa isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

1. Identitas Pasien;
2. Tanggal dan waktu;
3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
5. Diagnosis;
6. Rencana penatalaksanaan;
7. Pengobatan dan/atau tindakan;
8. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
9. Untuk pasien kasus gigi dilengkapin dengan ondotogram klinik dan;
10. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
    * + 1. Alur Rekam Medis Rawat Jalan

Sesuai dengan Buku Penyelenggaraan Rekam Medis oleh Depkes tahun 2006 bahwa alur rekam medis rawat jalan.

* 1. Pasien mendaftar ke Tempat Pendaftaran Rawat Jalan (TPP RJ)
  2. Apabila Pasien Baru: Pasien mengisi fomulir pendaftaran pasien baru yang telah disediakan
  3. Apabila pasien lama (Pasien yang pernah berobat sebelumnya): Pasien menyerahkan kartu pasien (kartu berobat) kepada petugas di TPP RJ
  4. Di TPP:
     1. Untuk Pasien Baru, Petugas TPP Rawat Jalan terlebih dahulu menginput identitas social dan untuk pasien lama petugas menginput antara lain:

Nama Pasien

Nomor Rekam Medis Pasien

Nomor Regristrasi

Poliklinik yang dituju

Keluhan yang di alami

* + 1. Petugas TPP membuat kartu berobat (kartu pasien) untuk diberikan kepada pasien baru yang harus dibawa apabila pasien tersebut berobat ulang.
    2. Untuk pasien baru, petugas TPP RJ akan menyiapkan berkas rekam medis pasien baru.
    3. Bagi pasien berkunjung ulang atau pasien lama, harus memperlihatkan kartu berobat kepada petugas penerimaan pasien, selanjutnya petugas akan menyiapkan berkas Rekam Medis pasien lama tersebut.
    4. Apabila pasien lupa membawa kartu berobat maka berkas Rekam Medis pasien lama dapat ditemukan dengan mengetahui nomor Rekam Medis pasien melalui pencarian melalui KIUP atau pada Rumah Sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi dengan mudah nomor pasien dapat di cari melalui pencarian pada *data base.*
  1. Berkas Rekam Medis Pasien dikirim ke poliklinik oleh petugas Rekam Medis yang telah diberi kewenangan untuk membawa berkas Rekam Medis.
  2. Petugas poliklinik mencatat pada buku regrister pasien rawat jalan poliklinik antara lain: tanggal kunjungan, nama pasien, nomor rekam medis, jenis kunjungan, tindakan/pelayanan yang diberikan, dsb
  3. Dokter pemeriksaan mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, terapi yang ada relevensinya dengan penyakit pada kartu/ lembar Rekam Medis (Catatan Dokter Poliklinik)
  4. Petugas dipoliklinik (perawat/bidan) membuat laporan/ rekapitulasi harian rawat jalan.
  5. Setelah pemberian pelayanan kesehatan di poliklinik selesai dilaksanakan, petugas poliklinik mengirimkan seluruh berkas Rekam Medis pasien rawat jalan berikut rekapitulasi harian pasien rawat jalan, ke Instalansi Rekam Medis paling lambat 1 jam sebelum berakhirnya jam kerja.
  6. Petugas instalansi rekam medis mengolah rekam medis yang sudah lengkap, dimasukkan kedalam kartu indeks penyakit, kartu indeks operasi dsb sesuai dengan penyakitnya.
  7. Petugas instalasi rekam medis pasien membuat rekapitulasi setiap akhir bulan, untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit.
  8. Berkas Rekam Medis pasien disimpan berdasarkan nomor rekam medisnya (apabila menganut sistem desentralisasi) rekam medis pasien rawat jalan di simpan secara terpisah pada tempat penerimaan pasien rawat jalan.
  9. **Standar Operasional Prosedur (SOP)**

Pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Paktik Kedokteran bahwa Standar Operasional Prosedur adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standar Operasional Prosedur memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsesus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Menurut Permenpan no 35 tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasi Prosedur Administrasi Pemerintahan bahwa Standar Operasional adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan.

Menurut Atmoko, 2012 bahwa SOP merupakan gambaran langkah-langkah kerja (sistem, mekanisme dan tata kerja internal) yang diperlukan dalam pelaksanaan suatu tugas untuk mencapai tujuan instansi pemerintah. SOP sebagai suatu dokumen/instrument memuat tentang proses dan prosedur suatu kegiatan yang bersifat dan efisien berdasarkan suatu standar yang sudah baku.

Menurut Buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama oleh Dirjen Bina Upaya Kesehatan tahun 2015 bawah SOP adalah langkah di dalam penyusunan Prosedur, namun ada perbedaan, instruksi kerja adalah suatu proses yang melibatkan satu bagian/ unit/ profesi, sedangkan prosedur adalah suatu proses yang melibat lebih dari bagian/ unit/ profesi.

Tujuan Standar Operasional Prosedur

Menurut Atmoko, 2012 SOP berfungsi membentuk sistem kerja dan aliran kerja yang teratur, sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan; menggambarkan bagaimana tujuan pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku; menjelaskan bagaimana proses pelaksanaan kegiatan berlangsung; sebagai sarana tata urutan dari pelaksanaan dan pengadministrasian pekerjaan harian sebagaimana metode yang ditetapkan; menjamin konsistensi dan proses kerja yang sistematik; dan menetapkan hubungan timbal balik antar Satuan Kerja.

Sedangkan menurut Buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama oleh Dirjen Bina Upaya Kesehatan tahun 2015 “agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/ seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku”

Manfaat SOP

Menurut Buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama oleh Dirjen Bina Upaya Kesehatan tahun 2015 Manfaat SOP adalah

1. Memenuhi persyaratan standar pelayanan Puskesmas
2. Medokumentasi langkah-langkah Kegiatan
3. Memastikan staf Puskesmas memahami bagaimana melaksanakan perkerjaannya.

Prinsip Standar Operasional Prosedur

1. Prinsip Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Prinsip Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)Menurut Permenpan no 35 tahun 2012:

1. Kemudahan dan kejelasan, Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dapat dengan mudah dimengerti dan diterapkan oleh semua aparatur bahkan bagi seseorang yang sama sekali baru dalam pelaksanaan tugasnya.
2. Efisiensi dan efektifitas, Prosedur-prosedur yang distandarkan harus merupakan prosedur yang paling efisien dan efektif dalam pelaksanaan tugas.
3. Keselarasan, Prosedur-prosedur yang distandarkan harus selaras dengan prosedur-prosedur standar lain yang terkait.
4. Keterukuran, *Output* dari prosedur-prosedur yang distandarkan mengandung standar kualitas atau mutu baku tertentu yang dapat diuku pencapaian keberhasilannya.
5. Dinamis, Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dengan cepat dapat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan.
6. Berorientasi pada pengguna atau pihak yang dilayani, Prosedur-prosedur yang distandarkan harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna (*customer’s need)* sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pengguna.
7. Kepatuhan hukum, Prosedur-prosedur yang distandarkan harus memenuhi ketentuan dan peraturan pemeritah yang berlaku.
8. Kepastian hukum, Prosedur-prosedur yang distandarkan harus ditetapkan oleh pimpinan sebagai sebuah produk hukum yang ditaati, dilaksanakan dan menjadi instrumen untuk melindungi aparatur atau pelaksana dari kemungkinan tuntutan hukum.
9. Prinsip Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Prinsip Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) menurut Permenpan no 35 tahun 2012:

1. Konsisten, SOP harus dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu oleh siapa pun, dan dalam kondisi yang relative sama oleh semua jajaran organisasi pemeritahan.
2. Komitmen, SOP harus dilaksanakan dengan komitmen dari seluruh jajaran organisasi, dari tingkatan yang paling rendah dan tertinggi.
3. Perbaikan berkelanjutan, Pelaksanaan SOP harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efisien dan efektif.
4. Mengikat, SOP harus mengikat pelaksana dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan.
5. Seluruh unsur memiliki peran penting. Seluruh aparatur melaksanakan peran-peran tertentu dalam setiap prosedur yang distandarkan. Jika aparatur tertentu tidak melaksanakan peranya dengan baik, maka akan mengganggu keseluruhan proses, yang akhirnya juga berdampak pada terganggunya proses penyelenggaraan pemeritahan.
6. Terdokumentasi dengan baik, Seluruh prosedur yang telah distandarkan harus didokumentasikan dengan baik, sehingga dapat selalu dijadikan acuan atau refrensi bagi setiap pihak-pihak yang memerlukan.
7. Prinsip yang perlu diperhatikan

Prinsip dasar yang perlu diperhatikan dalam Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)Menurut Menurut Atmoko, 2012 :

1. Penyusunan SOP harus mengacu pada STOK, Tupoksi, serta alur dokumen;
2. Prosedur kerja menjadi tanggung jawab semua anggota organisasi;
3. Fungsi dan aktivitas dikendalikan oleh prosedur, sehingga perlu dikembangkan diagram alur dari kegiatan organisasi;
4. SOP didasarkan atas kebijakan yang berlaku;
5. SOP dikoordinasikan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan/penyimpangan;
6. SOP tidak terlalu rinci;
7. SOP dibuat sesederhana mungkin;
8. SOP tidak tumpeng tindih, bertentangan atau duplikasi dengan prosedur lain;
9. SOP ditinjau ulang secara periodik dan dikembangkan sesuai kebutuhan.

Syarat penyusunan SOP

Sesuai dengan Panduan Buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama oleh Dirjen Bina Upaya Kesehatan tahun 2015 bahwa syarat penyusunan SOP yaitu

1. Perlu ditekankan bahwa SOP harus ditulis oleh mereka yang melakukan perkerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut. Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Kepala Puskemas/FKTP hanya untuk menanggapi dan mengkoreksi SOP tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SOP hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan personel/ unit kerja dalam penyusunan SOP.
2. SOP harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membat alurnya kemudia Tim Mutu diminta memberikan tanggapan.
3. DI dalam SOP harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan dan mengapa.
4. SOP jangan menggunakan kalimat majemuk, subjek, predikat dan objek SOP harus jelas.
5. SOP harus menggunakan kalimat perintah/instruksi bagi pelaksana dengan bahasa yang dikenal pemakai.
6. SOP harus jelas, ringkas, dan mudah dilaksanakan. Untuk SOP pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. Untuk SOP profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) kesehatan dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.

Format SOP

Sesuai dengan Panduan Buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama oleh Dirjen Bina Upaya Kesehatan tahun 2015 bahwa

1. Jika sudah terdapat Format baku SOP berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) masing-masing, maka Format SOP dapat disesuaikan dengan Perda tersebut
2. Jika belum erdapat Format baku SOP berdasarkan Perda, maka SOP dapat mengacu berdasarkan Permenpan No 35/2012 atau pada contoh format SOP yang ada dalam buku Pedoman Penyusunan Dokumen ini.
3. Prinsipnya adalah “**Format**” SOP yang digunakan dalam satu institusi harus “**Seragam**”
4. Contoh yang dapat digunakan di luar format SOP Permenpan terlampir dalam Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP ini.
5. Format merupakan format minimal, oleh karena itu format ini dapat diberi tambahan materi/kolom misal, nama penyusunan SOP, unit yang memeriksa SOP, untuk SOP tindakan agar memudahkan di dalam melihat langkah-langkahnya dengan bagan alir, persiapan alat dan bahan dan lain-lain, namun tidak boleh mengurangi item-item yang ada di SOP.
6. Format SOP sebagai berikut :
7. Kop/Heading SOP
8. Komponen SOP

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO Pemerintah | **JUDUL SOP** | | | LOGO PUSKESMAS |
| **SOP** | No. Dokumen | : |
| No. Revisi | : |
| Tanggal Terbit | : |
| Halaman | : |
| **NAMA PUSKESMAS** |  | | | **TTD KEPALA PUSKESMAS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pengertian |  |
| 2 | Tujuan |  |
| 3 | Kebijakan |  |
| 4 | Referensi |  |
| 5 | Prosedur |  |
| 6 | Alur |  |
| 7 | Unit Terkait |  |
| 8 | Dokumen Terkait |  |
| 9 | Rekaman Historis  Perubahan | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | No | Yang dirubah | Isi Perubahan | Tgl. Mulai diberlakukan | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

**Gambar 2.1** Format Standar Operasional Prosedur

*Sumber : Permenpan no 35 tahun 2012*

Petunjuk Pengisian SOP

Sesuai dengan Panduan Buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama oleh Dirjen Bina Upaya Kesehatan tahun 2015 bahwa

* 1. Logo

Bagi Puskesmas, logo yang dipakai adalah logo pemerintah kabupaten/kota, dan lambing puskesmas

* 1. Kotak Kop/Heading diisi sebagai berikut:
     1. *Heading* hanya dicetak halaman pertama.
     2. Kotak logo pemerintah diberi Logo pemeritah daerah, dan nama Puskesmas atau logo puskesmas dan nama Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/ Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
     3. Kotak Judul diberi Judul/nama SOP sesuai Proses kerjanya.
     4. Nomor Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di Puskesmas yang bersangkutan, dibuat sistematis agar keseragaman.
     5. No Revisi: diisi dengan status revisi dapat menggunakan huruf.
     6. Tanggal Terbit: diberi tanggal sesuai tanggal terbit atau tanggal diberlakukannya SOP tersebut.
     7. Halaman: diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman SOP tersebut (misal 1/5). Namun, ditiap halaman selanjutnya dibuat ***footer*** misalnya pada halaman kedua 2/5, halam terakhir: 5/5.
     8. Ditetapkan kepala Puskemas: diberi tandatangan Kepala Puskesmas dan nama jelasnya.
  2. ISI SOP

Isi dari SOP setidaknya sebagai berikut:

1. Pengertian: diisi definisi judul SOP, dan berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/ menimbulkan multi presepsi.
2. Tujuan: berisikan tujuan pelaksanaa SOP secata Spesifik. Kata kunci “Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk…..”
3. Kebijakan: berisi kebijakan kepala FKTP yang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut, misalnya untuk SOP imunisasi pada bayi pada kebijakan dituliskan: Keputusan Kepala Puskesmas No. 005/2014 tentang pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
4. Refrensi: berisi dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SOP, bias berbentuk buku, peraturan perundang-undangan, ataupun bentuk lain sebagai bahan pustaka.
5. Langkah-langkah prosedur: bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
6. Unit terkait: berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

Dari keenam isi SOP sebagaimana diuraikan diatas, dapat ditambahkan antara lain bagan alir, dokumen terkait

1. Diagram Alir/ bagan alir (flowchart): di dalam penyusunan proseduru maupun instriksi kerja sebaiknya dalam langkah-langkah kegiatan dilengkapi dengan diagram alir/ bagan alir untuk memudahkan dalam pemahaman langkah-langkahnya. Adapun bagan alir secara garis bsar dibagi menjadi dua macam yaitu diagram alir makro dan diagram alir mikro.
2. **Kerangka Konsep**

INPUT :

Proses :

1. Dokumen Rekam Medis rawat jalan,
2. SDM Di bagian Filling, dan Unit pelayanan
3. Buku Regrister rawat jalan
4. Alur Prosedur dokumen rekam medis rawat jalan

Waktu pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan

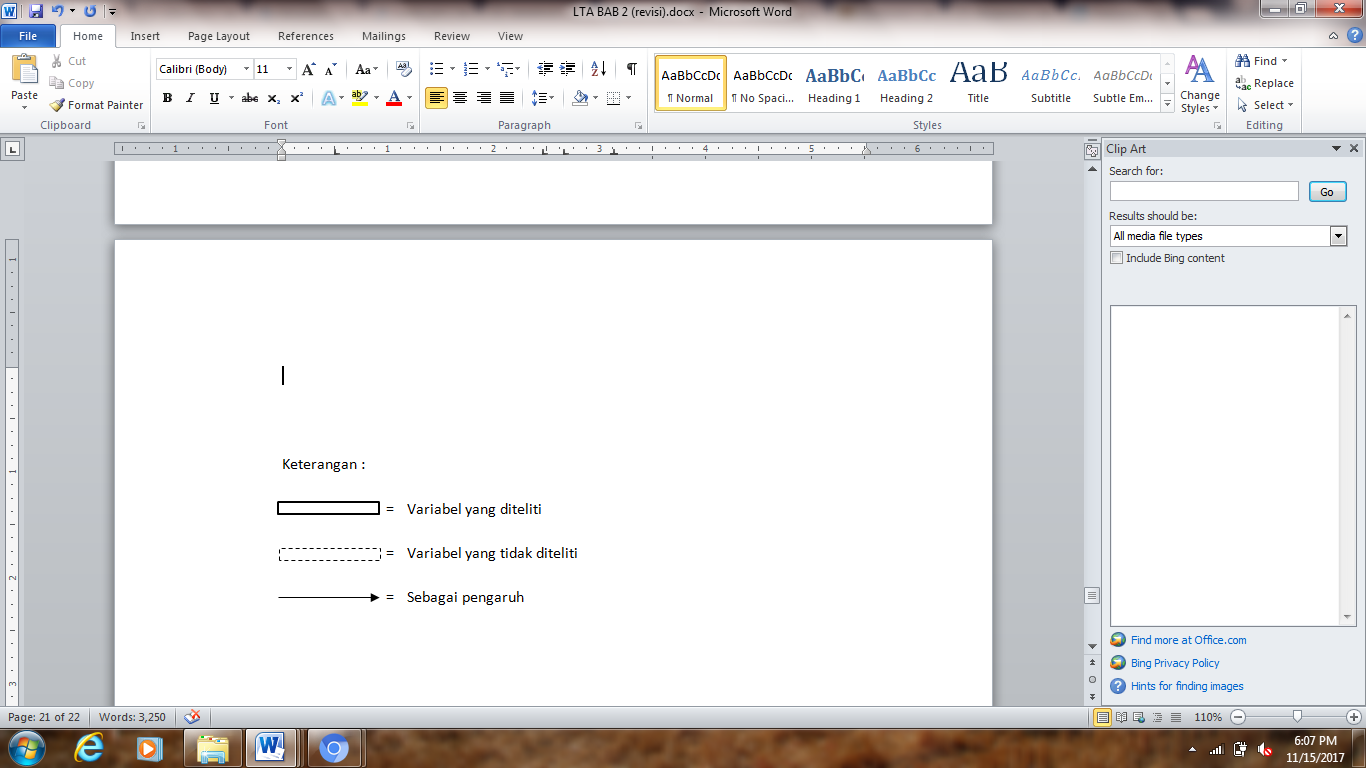
SOP pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan

Output :

Outcome :

1. Mengidentifikasi proses pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan
2. Mengidentifikasi waktu pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan
3. Menyusun SOP pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan
4. Melakukan Focus Group Discussion terhadap tenaga medis di unit pelayanan terkait dengan petugas rekam medis filling

Waktu penyediaan dokumen lebih cepat



Mutu Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan

**Gambar 2.2 Kerangka Konsep**

1. **Hipotesis**

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

H0 = Tidak ada perbedaan waktu pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan sebelum dan sesudah adanya SOP Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Ciptomulyo.

H1= Ada Perbedaan waktu pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan sebelum dan sesudah adanya SOP Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Ciptomulyo.