

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

a. Pengertian

Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014, Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

b. Tujuan Puskesmas

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014, Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang :

1. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat.
2. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu.
3. Hidup dalam lingkungan yang sehat.
4. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

c. Fungsi Puskesmas

Menurut Efendi (2009) menyebutkan beberapa fungsi dari puskesmas, yaitu:

1. Sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
2. Membina peran serta masyarakat yang ada di wilayah kerjanya untuk meningkatkan derajat kesehatan.
3. Sebagai pemberi pelayanan kesehatan komprehensif dan menyeluruh kepada masyarakat.

Disamping itu menurut Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 juga dijelaskan dalam menyelenggarakan wewenang puskesmas sebagai :

- 1) Penyelenggara UKM (Usaha Kesehatan Masyarakat) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- 2) Penyelenggara UKP (Unit Kesehatan Perorangan) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- 3) Sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan

a. Kategori Puskesmas

Menurut Permenkes No 75 Th 2014 tentang Puskesmas, dalam rangka pemenuhan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan kemampuan penyelenggaraan menjadi :

1) Puskesmas non rawat inap

Puskesmas non rawat inap adalah puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal.

2) Puskesmas rawat inap

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada pasal 35 dilaksanakan dalam bentuk :

- 1) Rawat jalan
- 2) Pelayanan gawat darurat
- 3) Pelayanan satu hari (*one day care*)
- 4) *Home care*
- 5) Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

b. Program Pelayanan Puskesmas

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 pasal 35 meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan yang terdiri dari :

1. Promosi kesehatan
2. Kesehatan Lingkungan
3. KIA & KB
4. Perbaikan gizi
5. Pemberantasan penyakit menular
6. Laboratorium dan farmasi

2. Rekam Medis

a. Definisi

Dalam Pasal 46 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Sesuai dengan Permenkes No 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis dijelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

b. Manfaat dan Kegunaan Rekam Medis

1. Aspek Administrasi

Berisikan tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab tenaga medis yang melakukan tindakan terutama dalam manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada pasien.

2. Aspek Medis

Catatan dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan dan perawatan yang akan diberikan.

3. Aspek Hukum/Legal

Memberikan jaminan kepastian hukum terhadap segala tindakan medis atas dasar keadilan, serta sebagai bukti yang dapat memberikan

perlindungan hukum terhadap pasien, *provider* kesehatan (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya).

4. Aspek Keuangan/Financial

Setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar, maka isi rekam medis dapat dijadikan dasar untuk menetapkan biaya perawatan dan pengobatan yang harus dibayar sekaligus untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan, sehingga rekam medis memiliki nilai keuangan yang dapat dipertanggung jawabkan.

5. Aspek Penelitian

Berkas mekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai bahan penelitian guna mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Rekam medis mengandung data/informasi tentang perkembangan dan kronologis kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, sekaligus sebagai bahan referensi pengajaran di bidang profesi pendidik.

7. Aspek Dokumentasi/Sejarah

Isi rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

Isi Dokumen Rekam Medis Menurut PERMENKES No 269/MENKES/PER/III/2008 untuk rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat

yaitu untuk dokumen rekam medis pasien rawat jalan sekurang-kurangnya memuat (Ulil, 2011):

1. Identitas Pasien
2. Tanggal dan waktu.
3. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
4. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
5. Diagnosis
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
9. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik dan
10. Persetujuan tindakan bila perlu.

Dokumen rekam medis pasien rawat inap sekurang-kurangnya antara lain :

1. Identitas Pasien
2. Tanggal dan waktu.
3. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
4. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
5. Diagnosis
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Persetujuan tindakan bila perlu
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
10. Ringkasan pulang (*discharge summary*)

11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
12. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.
13. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik.

Sedangkan untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat :

1. Identitas Pasien
2. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
3. Identitas pengantar pasien
4. Tanggal dan waktu.
5. Hasil Anamnesis (sekurang kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
6. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
7. Diagnosis
8. Pengobatan dan/atau tindakan
9. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
10. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
11. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain, dan
12. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

Contoh identitas pasien meliputi (nama, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, umur, alamat, pekerjaan). Data rekam medis diatas dapat ditambahkan

dan dilengkapi sesuai kebutuhan yang ada dalam pelayanan kesehatan. (Ulil, 2011)

3. Buku Pedoman

b. Pengertian

Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), buku adalah lembar kertas yang berjilid, berisi tulisan atau kosong; kitab. Sedangkan pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan.

Menurut Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tahun 2017, pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah langkah-langkah yang harus dilakukan untuk melaksanakan kegiatan.

c. Aspek yang diperhatikan

Aspek dalam pembuatan buku (Taranokanai, 2012) :

1. Layout (Tata Letak)

Suatu usaha/perbuatan dalam menata dan memadukan unsur-unsur komunikasi grafis seperti gambar/ilustrasi, teks, grafik, tabel, caption, angka halaman, dan elemen lainnya menjadi suatu media komunikasi visual yang komunikatif dan estetik. Dihasilkan melalui :

- a. Gagasan-gagasan, yang kemudian dinyatakan dengan kata-kata.
- b. Unsur-unsur yang akan dipakai.
- c. Pentingnya hubungan antara gagasan dan unsur secara relatif.
- d. Urutan penyajian.

- e. Dipengaruhi oleh jenis produk yang dipromosikan, jenis konsumen serta tingkatan perhatian konsumen terhadap produk. Hal ini akan mempengaruhi komposisi/susunan layout.

2. Proporsi/Perbandingan

Menunjukkan hubungan antara suatu unsur dengan lainnya atau dengan layout keseluruhannya dalam hal ukuran atau bidang. Serta, antara dimensi layout dengan dimensi bagian-bagiannya.

3. Keseimbangan

Keseimbangan terjadi bila unsur-unsur ditempatkan/disusun dengan serasi sehingga bobot unsur tersebut memberi kesan mantap dan tepat. Bobot dipengaruhi oleh ukuran, bentuk, warna serta kecerahan atau kegelapan. Di dalam tampilan layout ada istilah pusat optik, tempat dalam suatu ruang yang merupakan pusatnya. Letak pusat optik berada sedikit di atas pusat matematika (kira-kira $1/20$ x tinggi).

4. Kontras

Kontras digunakan untuk menyatakan sesuatu yang ingin ditonjolkan. Kontras dapat dicapai dengan mengganti ukuran, bentuk nada, dan arah.

5. Irama

Irama dicapai dengan cara pengulangan secara teratur beberapa pola dalam rancangan seperti bentuk, nada atau warna. Variasi bentuk yang tidak terlalu besar sehingga pembaca dapat mengenali kesamaanya. Agar layout dapat berhasil baik, irama harus mengarah dari suatu unsur ke unsur lain sesuai kepentingannya.

6. Kesatuan

Unsur-unsur yang membentuk suatu tampilan, harus ada hubungan satu sama lain dalam ruang, sehingga memberi kesan menjadi satu. Kesatuan merupakan pengelompokan bentuk atau warna.

7. Harmoni/keselarasan

Ketika menyusun perlu memperhatikan persyaratan penting yaitu layout harus menggambarkan sesuatu yang kuat, dipandang dari segi visual dan komposisi keseluruhannya harus menghasilkan efek kesatuan.

d. Cara membuat buku menurut Hodgson (2015):

Petunjuk penggunaan harus memiliki kesan yang kuat dan positif.

Pedoman-pedoman di bawah ini dapat membantu :

1. Hindari tampilan dalam bentuk buku teks.
2. Gunakanlah kertas yang sepadan dengan kualitas produk.
3. Manfaatkanlah warna yang bermakna dan efektif.
4. Petunjuk penggunaan tidak boleh berukuran terlalu besar, berat, kecil, atau tipis.
5. Efektifkan penggunaan gambar-gambar dan diagram-diagram.
6. Jangan berisi tulisan yang terlalu padat.
7. Gunakanlah jenis huruf "sanserif" yang bersih dan mudah dibaca.
8. Sertakan sejumlah angka bantuan.
9. Gunakanlah satu bahasa.

e. Cara merancang halaman menurut Philip Hugson (2015):

1. Ukuran jenis huruf memadai (setidaknya ukuran 12).
2. Teks dengan latar belakang sangat kontras (hitam putih adalah yang terbaik).

3. Jenis huruf “sanserif”
 4. Hindari penggunaan beberapa jenis huruf.
 5. Berat jenis huruf dapat digunakan secara hemat untuk menunjukkan fungsinya yang penting.
 6. Penggunaan kode warna secara konsisten
 7. Banyak ruang putih di antara tiap bagian dan di sekitar gambar dan paragraf.
 8. Tersedia satu bagian (atau atas) bagi pengguna untuk membuat catatan mereka sendiri.
 9. Tata letak yang konsisten dalam tiap halaman.
 10. Uji penggunaan warna sekedar untuk memastikan dapat dibaca oleh pengguna buta warna atau tidak.
 11. Hindari penggunaan warna biru muda untuk teks dan detail kecil, dan jangan menggunakan warna biru pada latar belakang merah.
- f. Ukuran Buku

Menurut Ahmad Faizin Karimi (2012), dalam menentukan ukuran halaman, yang penting adalah proporsionalitas. Artinya perbandingan panjang dan lebar seimbang (kecuali untuk tujuan tertentu kita bisa menggunakan ukuran yang tidak umum). Prinsip kedua kemudahan, bagaimana agar buku mudah dibawa. Ketiga, hubungannya dengan tebal buku/panjang naskah. Jika naskah tebal, mungkin ukuran halaman bisa menggunakan format standar. Tapi jika naskah terlalu tipis, bisa pilih ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku masih memadai untuk

kebutuhan penjilidan (*binding*). Berikut adalah beberapa ukuran standar buku:

1. Ukuran besar : 20 cm x 28 cm, 21,5 cm x 15,5 cm
2. Ukuran standar : 16 cm x 23 cm, 11,5 cm x 17,5 cm
3. Ukuran kecil : 14 cm x 21 cm, 10 cm x 16 cm
4. Buku saku : 10 cm x 18 cm, 13,5 cm x 7,5 cm

g. Ketentuan Penyusunan Buku Pedoman

Menurut Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tahun 2017 dikarenakan sangat bervariasi bentuk dan isi pedoman maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat menyusun atau membuat sistematika buku pedoman sesuai dengan kebutuhan.

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan untuk buku pedoman yaitu (Kemenkes RI, 2014) :

- 1) Setiap buku pedoman harus dilengkapi dengan peraturan/kebijakan/keputusan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk pemberlakuan buku pedoman tersebut.
- 2) Peraturan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tetap berlaku meskipun telah terjadi pergantian Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
- 3) Setiap buku pedoman sebaiknya dilakukan evaluasi minimal 2–3 tahun sekali.
- 4) Jika Kementerian Kesehatan telah menerbitkan buku pedoman untuk kegiatan atau pelayanan tertentu, maka Fasilitas Kesehatan Tingkat

Pertama (FKTP) dalam pembuatan buku pedoman harus mengacu pada buku pedoman yang telah diterbitkan Kementerian Kesehatan.

- 5) Format baku penyusunan pedoman yang biasa digunakan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2014) :

KATA PENGANTAR

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Pedoman
- C. Sasaran Pedoman
- D. Ruang Lingkup Pedoman
- E. Batasan Operasional

BAB II STANDAR KETENAGAAN

- A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
- B. Distribusi Ketenagaan
- C. Jadwal Kegiatan

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. Denah Ruang
- B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

- A. Lingkup Kegiatan
- B. Metode
- C. Langkah Kegiatan

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN SASARAN KEGIATAN/PROGRAM

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

4. Assembling Dokumen Rekam Medis

a. Assembling

Bagian assembling yaitu salah satu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok (1) meneliti kelengkapan data yang seharusnya tercatat di dalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya, (2) meneliti kebenaran pencatatan data rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya, (3) mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatat data karena isinya tidak lengkap, (4) membuat laporan dari rekam medis yang tidak lengkap, (5) mengendalikan penggunaan nomor rekam medis, (6) mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekam medis (Depkes RI, 2006: 58).

Assembling berarti merakit, tetapi kegiatan assembling berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tidak hanya merakit atau mengurut satu halaman ke halaman lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Tetapi kegiatan assembling termasuk juga mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis. Untuk kegiatan pengecekan kelengkapan pengisian ini termasuk bagian dari analisa kuantitatif (Savitri Citra Budi, 2011 :73-74).

Peran dan fungsi assembling dalam pelayanan rekam medis yaitu sebagai perakitan formulir rekam medis, penulisan isi data rekam medis,

pengendali DRM tidak lengkap, pengendali penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis (Shofari, 2012: 13).

Fungsi yang terkait dengan assembling dalam pelayanan rekam medis (Oktarian, 2015) :

1. Pencatatan kelengkapan isi data rekam medis pada setiap formulir dalam dokumen rekam medis.
2. Penggunaan formulir yang digunakan untuk pelayanan klinis
3. Penggunaan nomor rekam medis di kamar bersalin untuk bayi baru lahir.

b. Standar pelayanan minimal rekam medis

Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat (Kepmenkes, 2008).

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Standar Pelayanan Minimal Keterisian Dokumen Rekam Medis

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.

Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

5. Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (KLPCM)

Pengisian/pencatatan rekam medis ada kemungkinan besar terjadi tidak lengkap atau tidak sesuai dengan ketentuan, hal tersebut disebabkan :

1. Pelaksanaan pendokumentasian dilakukan oleh banyak pemberi pelayanan kesehatan.
2. Rekam Medis diciptakan sebagai aktifitas sekunder mengiringi jalannya pelayanan pasien, maka pendokumentasiannya bisa saja tidak seakurat dan selengkap yang ditetapkan /diinginkan.
3. Kesibukan seorang dokter, sehingga menulis catatan bisa pada form yang salah serta terburu-buru sehingga tidak terbaca.
4. Seorang perawat yang sibuk melayani panggilan pasien menjadi lupa mencatat hal-hal yang berkaitan dengan pengobatan pasien yang telah diberikan.

Pada bagian assembling jenis Ketidaklengkapan dalam Pengisian Rekam Medis ada 2 yaitu (Savitri Citra Budi, 2011, 75-76) :

a. *Incomplete Medical Record* (IMR)

Incomplete Medical Record, merupakan tipe ketidaklengkapan berkas rekam medis ketika berkas rekam medis kembali dari unit pelayanan.

b. *Delingued Medical Record* (DMR)

Delingued Medical Record, merupakan tipe ketidaklengkapan berkas rekam medis ketika sudah dimintakan kelengkapannya kepada tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pada pasien dalam waktu yang telah ditentukan, tetapi setelah diambil dan diproses ke assembling ditemukan berkas rekam medis masih belum lengkap juga.

6. Akreditasi Puskesmas

Menurut PERMENKES RI Nomor 46 Tahun 2015 Bab I Pasal 1 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi dijelaskan bahwa Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi.

Pengaturan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi bertujuan untuk :

a. Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

- b. Meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi.
- c. Meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat.

Pada Standar Akreditasi Puskesmas 2014 Penilaian keberhasilan Puskesmas dapat dilakukan oleh internal organisasi Puskesmas itu sendiri, yaitu dengan "Penilaian Kinerja Puskesmas" yang mencakup manajemen sumber daya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan, disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi.

Salah satu kriteria yang terdapat pada Standar Akreditasi Puskesmas tahun 2014 yaitu terletak pada point 2.3.11 Pedoman dan prosedur penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas disusun, didokumentasikan, dan dikendalikan. Semua rekaman hasil pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan dikendalikan. Disebutkan pada elemen 1 dan 2 diharuskannya ada panduan atau pedoman

mutu/kinerja serta penyelenggaraan untuk tiap upaya puskesmas dan kegiatan pelayanan puskesmas.

7. *Focus Group Discussion* (FGD)

a. Pengertian *Focus Group Discussion* (FGD)

Pada penelitian kualitatif, FGD merupakan sebuah teknik pengumpulan data untuk memperoleh data dari suatu kelompok berdasarkan hasil diskusi yang terpusat pada suatu permasalahan tertentu. Melibatkan partisipan-partisipan, dimana mereka melakukan pertukaran pesan secara dialogis kerangka pemahaman bersama atas situasi sosial.

Focus Group Discussion (FGD) adalah salah satu teknik pengumpulan data kualitatif yang didesain untuk memperoleh informasi keinginan, kebutuhan, persepsi, opini, sudut pandang, kepercayaan, dan pengalaman peserta tentang suatu topik, maupun memungkinkan dilakukannya suatu kajian kebutuhan atau evaluasi program yang tidak dapat dilaksanakan jika menggunakan teknik pengumpulan data lainnya dengan pengarahan dari seorang fasilitator atau moderator.

b. Tujuan FGD

Tujuan FGD adalah untuk mengeksplorasi masalah yang spesifik, yang berkaitan dengan topik yang dibahas. Selain itu FGD digunakan untuk memperoleh interaksi data yang dihasilkan dari suatu diskusi sekelompok partisipan/responden dalam hal meningkatkan kedalaman

informasi menyingkap berbagai aspek suatu fenomena kehidupan, sehingga fenomena tersebut dapat didefinisikan dan diberi penjelasan. Data dari hasil interaksi dalam diskusi kelompok tersebut dapat memfokuskan atau memberi penekanan pada kesamaan dan perbedaan pengalaman dan memberikan informasi/data yang padat tentang suatu perspektif yang dihasilkan dari hasil diskusi kelompok tersebut. Oleh karena itu dalam FGD digunakan pertanyaan terbuka (open ended), yang memungkinkan peserta untuk memberikan jawaban yang disertai dengan penjelasan-penjelasan.

c. Pelaksanaan FGD

1) Waktu

Frekuensi tergantung pada kebutuhan penelitian, sumber data, kebutuhan pembaharuan informasi, serta seberapa mampu dan cepat pola peserta terbaca. Jika respon yang terjadi telah jenuh, artinya tidak ada yang terbarukan, maka jumlah sesi bisa diakhiri. Sesi yang pertama kali biasanya lebih lama jika dibandingkan sesi berikutnya karena semua informasi masih baru. Disarankan paling tidak harus ada dua sesi dalam satu babak FGD.

2) Tempat

Tempat yang digunakan untuk kegiatan FGD harus netral, maksudnya yaitu suatu tempat yang memungkinkan partisipan dapat mengeluarkan pendapatnya secara bebas.

3) Langkah-langkah (Metodologi)

a) Persiapan FGD

- 1) Menentukan jumlah kelompok FGD
- 2) Menentukan komposisi kelompok FGD
- 3) Menentukan tempat diskusi FGD
- 4) Pengaturan tempat duduk
- 5) Menyiapkan undangan
- 6) Menyiapkan moderator dan notulen FGD
- 7) Menyiapkan perlengkapan FGD

b) Pembukaan FGD

- 1) Memperkenalkan diri serta nama pencatat dan peran masing-masing.
- 2) Memberi penjelasan tujuan diadakannya FGD.
- 3) Meminta peserta untuk memperkenalkan diri.
- 4) Menjelaskan bahwa pertemuan tersebut bertujuan untuk mengumpulkan pendapat dari peserta.
- 5) Menekankan bahwa moderator membutuhkan pendapat dari semua peserta dan sangat penting.
- 6) Memulai pertemuan dengan mengajukan pertanyaan yang sifatnya umum.

c) Pelaksanaan atau Teknik Pengelolaan FGD

- 1) Klarifikasi. Setelah peserta menjawab pertanyaan, moderator dapat mengulangi jawaban peserta untuk memastikan apakah sudah sesuai dengan yang dimaksud peserta.

- 2) Reorientasi. Agar diskusi hidup dan menarik maka teknik reorientasi harus efektif.
- 3) Peserta yang dominan. Apabila ada peserta yang lebih dominan, maka moderator harus lebih memperhatikan peserta lain agar lebih berpartisipasi.
- 4) Peserta yang diam. Agar peserta yang diam mau berpartisipasi, maka sebaiknya memberikan perhatian yang banyak kepadanya dengan sering menyebutkan namanya dan mengajukan pertanyaan.
- 5) Penggunaan gambar atau foto. Dalam melakukan FGD, moderator dapat menggunakan foto atau gambar diikuti dengan pertanyaan yang akan diajukan.

8. Sosialisasi

Menurut KBBI, sosialisasi berasal dari kata : *so·si·a·li·sa·si/ n* 1. Usaha untuk mengubah milik perseorangan menjadi milik umum (milik negara) : tradisi tidak memperlancar proses -- perusahaan milik keluarga; 2. Proses belajar seorang anggota masyarakat untuk mengenal dan menghayati kebudayaan masyarakat dalam lingkungannya: tingkat-tingkat permulaan dari proses manusia itu terjadi dalam lingkungan keluarga; 3. Upaya memasyarakatkan sesuatu sehingga menjadi dikenal, dipahami, dihayati oleh masyarakat; pemasyarakatan;

Sedangkan kata mensosialisasikan menurut KBBI, berasal dari kata : *men·so·si·a·li·sa·si·kan/ v* 1. Menjadikan milik umum (milik negara);

menjadikan, memperlakukan secara sosialisme; 2. Membelajarkan seseorang menjadi anggota masyarakat.

Pengertian sosialisasi secara umum adalah proses belajar individu untuk mengenal dan menghayati norma dan nilai yang berlaku sehingga terjadi pembentukan sikap untuk berperilaku yang sesuai dengan tuntutan perilaku masyarakat. Pada hakikatnya sosialisasi merupakan hasil dari interaksi antar manusia. Hasil sosialisasi adalah berkembangnya kepribadian seseorang sesuai dengan keunikannya masing-masing dan berkembang dan terpeliharanya kebudayaan masyarakat.

9. Implementasi

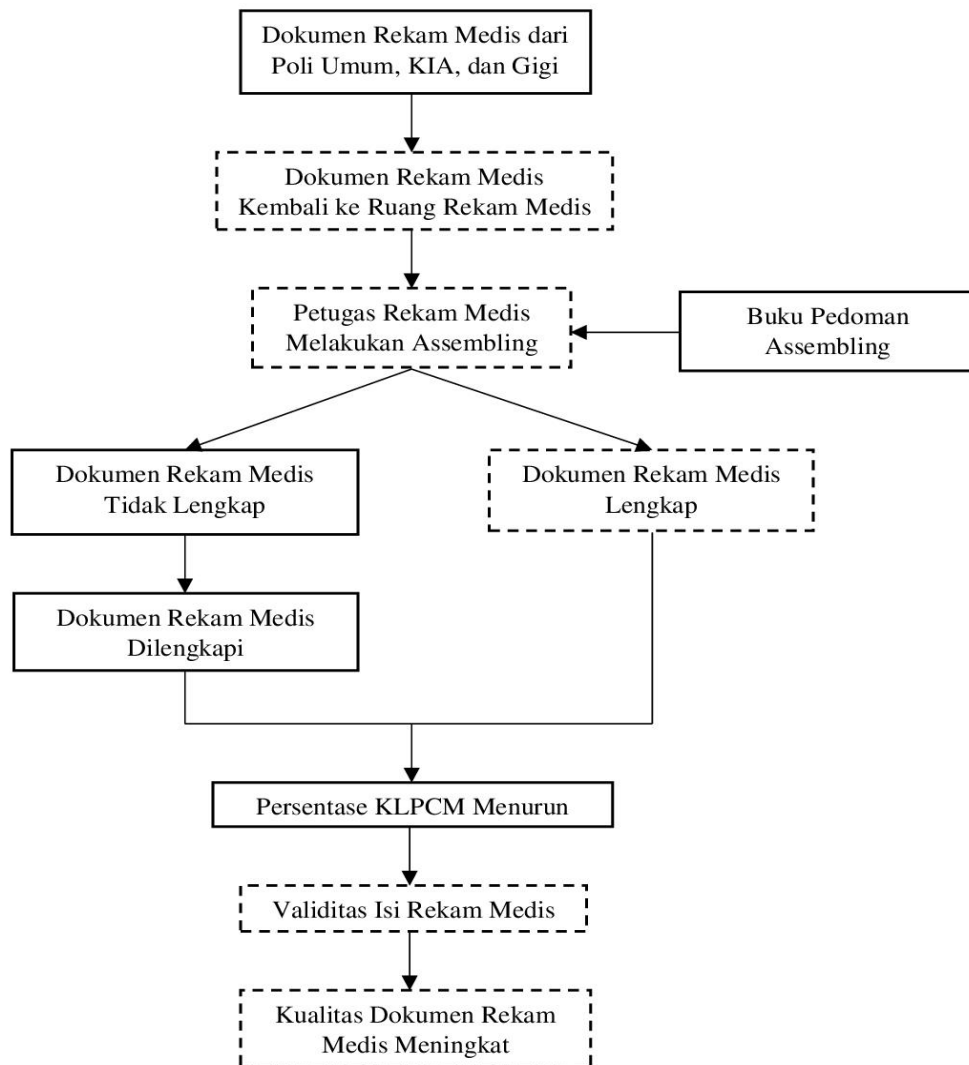
Kata implementasi sendiri berasal dari bahasa Inggris “*to implement*” artinya mengimplementasikan. Tak hanya sekedar aktivitas, implementasi merupakan suatu kegiatan yang direncanakan serta dilaksanakan dengan serius juga mengacu pada norma-norma tertentu guna mencapai tujuan kegiatan (Ali Hamdan, 2018).

Arti implementasi menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) yaitu pelaksanaan / penerapan. Sedangkan pengertian umum adalah suatu tindakan atau pelaksana rencana yang telah disusun secara cermat dan rinci (matang).

Deskripsi sederhana tentang konsep implementasi dikemukakan oleh Lane bahwa implementasi sebagai konsep dapat dibagi ke dalam dua bagian yakni implementasi merupakan persamaan fungsi dari maksud, *output* dan *outcome*. Berdasarkan deskripsi tersebut, formula implementasi

merupakan fungsi yang terdiri dari maksud dan tujuan, hasil sebagai produk, dan hasil dari akibat. Penekanan utama kedua fungsi ini adalah kepada kebijakan itu sendiri, kemudian hasil yang dicapai dan dilaksanakan oleh implementor dalam kurun waktu tertentu.

B. Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Keterangan :

————— = Diteliti

----- = Tidak Diteliti

C. Hipotesis

H_0 = Tidak ada perbedaan ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat jalan sebelum dan sesudah adanya buku pedoman assembling di Puskesmas Cisadea.

H_1 = Ada perbedaan ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat jalan sebelum dan sesudah adanya buku pedoman assembling di Puskesmas Cisadea.