

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

a. Pengertian Puskesmas

Menurut Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 Bab 1 pasal 1 ayat (2) tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menjelaskan bahwa 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

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di 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, dan
- 4) Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas juga bertujuan untuk mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

c. Fungsi Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugasnya, puskesmas menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

- 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

d. Kategori 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.

e. Jenis Pelayanan di Puskesmas

Menurut Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 pasal 35 dijelaskan bahwa puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama yang dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan.

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada pasal 35 meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan yang terdiri dari :

- 1) Pelayanan promosi kesehatan
- 2) Pelayanan kesehatan lingkungan
- 3) Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana
- 4) Pelayanan gizi
- 5) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

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.

Untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada pasal 35 maka puskesmas harus menyelenggarakan :

- 1) Manajemen puskesmas
- 2) Pelayanan kefarmasian
- 3) Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat
- 4) Pelayanan laboratorium.

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, menjelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik serta harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

b. Manfaat Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis menjelaskan pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai :

- 1) Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
- 2) Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi
- 3) Keperluan pendidikan dan penelitian
- 4) Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan
- 5) Data statistik kesehatan

c. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

d. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

- 1) Aspek Administrasi

Didalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

2) Aspek Medis

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

3) Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena biaya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan. Rekam medis adalah milik Dokter dan Rumah Sakit sedangkan isinya yang terdiri dari identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

4) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat 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 komputer didalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

5) Aspek Penelitian

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

6) 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/referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.

Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut diatas, maka rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan saja. Kegunaan rekam medis secara umum adalah :

- 1) Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan, dan perawatan kepada pasien.
- 2) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien
- 3) Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit
- 4) Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien
- 5) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- 6) Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan
- 7) Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien
- 8) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

e. Isi Rekam Medis

Isi rekam medis yaitu berisi informasi yang memuat tentang identitas pasien, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien yang harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, dan petugas pengelola serta pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

f. Penyelenggaraan Rekam Medis

- 1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- 2) Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.
- 3) Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- 4) Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.
- 5) Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan.
- 6) Pembetulan hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

3. Standar Operasional Prosedur (SOP)

a. Pengertian Standar Operasional Prosedur

Menurut Permenpan Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan dijelaskan bahwa Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan (unm.ac.id).

b. Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

c. Manfaat Standar Operasional Prosedur (SOP)

Bagi Puskesmas, dengan adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang baku maka diharapkan dapat :

1. Memenuhi persyaratan standar pelayanan Puskesmas.
2. Mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan.
3. Memastikan staf Puskesmas memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

d. Syarat Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)

1. Perlu ditekankan bahwa SOP harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan/unit kerja tersebut. Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas 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. Merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim Mutu diminta memberikan tanggapan.
 3. Harus jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan, dan mengapa.
 4. Jangan menggunakan kalimat majemuk. Subjek, predikat, objek harus jelas.
 5. Menggunakan kalimat perintah/instruksi bagi pelaksana, bahasa mudah dikenali.
 6. Jelas, ringkas, 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.
- e. Format Standar Operasional Prosedur (SOP)
1. Jika sudah terdapat format baku SOP berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) masing-masing, maka format SOP dapat disesuaikan dengan Perda tersebut.

2. Jika belum terdapat format baku SOP berdasarkan Perda, maka SOP dapat dibuat mengacu Permenpan No. 35 Tahun 2012 atau pada contoh format SOP yang ada dalam buku Pedoman Penyusunan Dokumen.
3. Prinsipnya adalah “Format” SOP yang digunakan dalam satu institusi harus “Seragam”.
4. Format merupakan format minimal, oleh karena itu format ini dapat diberi tambahan materi/kolom agar memudahkan di dalam melihat langkah-langkahnya dengan bagan alir, namun tidak boleh mengurangi item-item yang ada di SOP.

Format SOP Puskesmas:

1. Kop/Heading SOP

Logo Pemda	Judul		 (Lambang Puskesmas)
	SPO	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
	Halaman :		
Nama Puskesmas	Ttd Ka Puskesmas		Nama Ka Puskesmas NIP.

Gambar 2. 1 Kop SOP

2. Komponen SOP

1. Pengertian	
2. Tujuan	
3. Kebijakan	
4. Referensi	
5. Prosedur/Langkah-langkah	
6. Diagram Alir (jika dibutuhkan)	
7. Unit Terkait	

Gambar 2. 2 Komponen SOP

3. Jika SOP disusun lebih dari satu halaman, pada halaman kedua dan seterusnya SOP dibuat tanpa menyertakan kop/*heading*

Penjelasan :

Penulisan SOP yang harus tetap didalam tabel/kotak adalah :

- a. Nama Puskesmas dan logo
- b. Judul SOP
- c. Nomor dokumen
- d. Tanggal terbit, dan
- e. Tanda tangan Kepala Puskesmas

Sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur/langkah-langkah, dan unit terkait boleh tidak diberi tabel/kotak

f. Petunjuk Pengisian SOP

1) Logo

Bagi Puskesmas, logo yang dipakai adalah logo Pemerintah kabupaten/kota, dan lambang Puskesmas

2) Kotak Kop / *Heading*

- a. *Heading* hanya dicetak di halaman pertama.
- b. Kotak FKTP diberi logo pemerintah daerah dan nama Puskesmas
- c. Kotak Judul diberi judul/nama SOP sesuai proses kerjanya.
- d. Nomor Dokumen diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di Puskesmas/FKTP yang bersangkutan, dibuat sistematis agar ada keseragaman.

- e. No. Revisi diisi dengan status revisi, dapat menggunakan huruf. Contoh: dokumen baru diberi huruf A, dokumen revisi pertama diberi huruf B dan seterusnya. Tetapi dapat juga dengan angka, misalnya untuk dokumen baru dapat diberi nomor 0, sedangkan dokumen revisi pertama diberi nomor 1 dan seterusnya.
- f. Tanggal Terbit diberi tanggal sesuai tanggal terbitnya atau tanggal diberlakukannya SOP tersebut.
- g. Halaman diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SOP tersebut (misal 1/5). Namun di tiap halaman selanjutnya dibuat *footer* misalnya pada halaman kedua: 2/5, halaman terakhir: 5/5.
- h. Ditetapkan Kepala Puskesmas diberi tanda tangan Kepala Puskesmas dan nama jelasnya.

g. Isi SOP

1. Pengertian : diisi definisi judul SOP, dan berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/menimbulkan multi persepsi.
2. Tujuan : berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci: “sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk”.
3. Kebijakan : berisi kebijakan Kepala Puskesmas yang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut, misalnya untuk SOP imunisasi pada bayi, pada kolom kebijakan dituliskan: Keputusan Kepala

Puskesmas No. 005/2014 tentang Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.

4. Referensi : berisi dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SOP, bisa 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. Diagram Alir (*Flow Chart*) : bertujuan untuk memudahkandalam memahami langkah-langkah yang dijelaskan dalam prosedur, dalam pembuatan SOP tidak harus dilengkapi dengan diagram alir oleh karena itu diagram alir bersifat opsional. Adapun diagram alir secara garis besar dibagi menjadi dua macam yaitu diagram alir makro dan diagram alir mikro.
 - a. Diagram alir makro, menunjukkan kegiatan-kegiatan secara garis besar dari proses yang akan ditingkatkan.
 - b. Diagram alir mikro, menunjukkan rincian kegiatan-kegiatan dari tiap tahapan diagram makro.
7. Unit Terkait : berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut

4. Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Pengembalian dokumen rekam medis yaitu pengiriman kembali dokumen rekam medis yang telah digunakan dari Unit Rawat Inap ataupun Unit Rawat Jalan ke bagian *Assembling* di Unit Rekam Medis dalam batas waktu 1x24 jam setelah pasien pulang.

Petugas *Assembling* akan melakukan analisa kuantitatif dan analisa kualitatif pada dokumen rekam medis, komponen analisa kuantitatif yaitu terdiri dari identifikasi pasien yang benar pada setiap lembaran rekam medis, laporan yang penting, autentifikasi, pendokumentasian yang baik dan benar. Sedangkan komponen analisa kualitatif terdiri dari *review* kelengkapan dan kekonsistenan pencatatan diagnosa, *review* pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, *review informed consent* yang seharusnya ada, *review* cara atau praktik pencatatan, *review* hal-hal berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi.

Pada dokumen rekam medis yang telah digunakan di Unit Rawat Inap bila masih ditemukan ketidak lengkapan pengisian maka akan dikembalikan lagi ke dokter pemberi pelayanan dan dapat dilengkapi pada kurun waktu yang telah ditentukan selambat-lambatnya 2x24 jam.

5. Standar Pelayanan Minimal Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

a. Pengertian Standar Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal (SPM) menurut Kepmenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 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.

Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai atau suatu pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai

Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standa WHO.

b. Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Untuk menghitung waktu penyediaan dokumen rekam medis dimulai dari pasien mendaftar (*tracer* dicetak) sampai rekam medis disediakan atau siap didistribusikan ke poli tujuan. Sesuai dengan Kepmenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit waktu penyediaan dokumen rekam medis paling lambat yaitu ≤ 10 menit.

Tabel 2. 1 SPM Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 50)
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	≤ 10 menit
Penanggung jawab	Petugas rekam medis

6. *Focus Group Discussion (FGD)*

a. Pengertian *Focus Group Discussion (FGD)*

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. Teknik ini digunakan dengan tujuan untuk menghindari pemaknaan yang salah dari peneliti terhadap masalah yang diteliti. FGD digunakan untuk menarik kesimpulan terhadap makna makna intersubjektif yang sulit diberi makna sendiri oleh peneliti karena dihalangi oleh dorongan subjektivitas peneliti.

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 harus netral, maksudnya 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) Menjelaskan bahwa pertemuan tersebut tidak bertujuan untuk memberikan ceramah tetapi untuk mengumpulkan pendapat peserta
 - (4) Meminta peserta untuk memperkenalkan diri
 - (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. Sesudah 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 banyak memperhatikan peserta lain agar mereka 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.

7. Sosialisasi dan Implementasi

a. Sosialisasi

1) Pengertian Sosialisasi

Secara umum (dalam Sari, 2009) sosialisasi didefinisikan sebagai proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai-nilai dan aturan dari satu generasi ke generasi lainnya dalam masyarakat. Sejumlah menyebut sosialisasi sebagai teori mengenai peranan (*role theory*). Karena dalam proses sosialisasi diajarkan peran-peran yang harus dikerjakan oleh individu.

2) Media Sosialisasi

Sosialisasi dapat terjadi melalui interaksi sosial secara langsung maupun tidak langsung. Adapun media yang dapat menjadi ajang sosialisasi adalah keluarga (pendidikan in-formal), sekolah (pendidikan formal), teman bermain atau kelompok pergaulan (pendidikan non-formal), media massa dan lingkungan kerja

3) Tipe Sosialisasi

a) Formal, sosialisasi ini terbentuk melalui lembaga yang dibentuk pemerintah dan masyarakat yang memiliki tugas khusus dalam

mensosialisasikan nilai, norma dan peranan-peranan yang harus dipelajari oleh masyarakat.

b) Informal, sosialisasi ini terdapat dalam pergaulan sehari-hari yang bersifat kekeluargaan

4) Jenis Sosialisasi

a) Sosialisasi Primer

Menurut Peter L. Berger dan T. Luckman (dalam Sari, 2009) Sosialisasi primer didefinisikan sebagai sosialisasi pertama yang dijalani individu semasa kecil dengan belajar menjadi anggota masyarakat (keluarga). Sosialisasi primer berlangsung saat anak berusia 1-5 tahun.

b) Sosialisasi Sekunder

Sosialisasi sekunder adalah suatu proses sosialisasi lanjutan setelah sosialisasi primer yang memperkenalkan individu ke dalam kelompok tertentu dalam masyarakat.

5) Tujuan Sosialisasi

a) Memberikan keterampilan kepada seseorang untuk dapat hidup bermasyarakat

b) Mengembangkan kemampuan berkomunikasi secara efektif

c) Membantu mengendalikan fungsi-fungsi organik yang dipelajari melalui latihan-latihan mawas diri yang tepat

d) Membiasakan diri berperilaku sesuai dengan nilai-nilai dan kepercayaan pokok yang ada di masyarakat

b. Implementasi

1) Pengertian Implementasi

Menurut Nurdin Usman dalam bukunya yang berjudul *Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum*, menjelaskan bahwa implementasi adalah bermuara pada aktivitas, aksi, tindakan, atau adanya mekanisme suatu sistem. Implementasi bukan sekedar aktivitas, tetapi suatu kegiatan yang terencana dan untuk mencapai tujuan kegiatan (Usman, 2002:70).

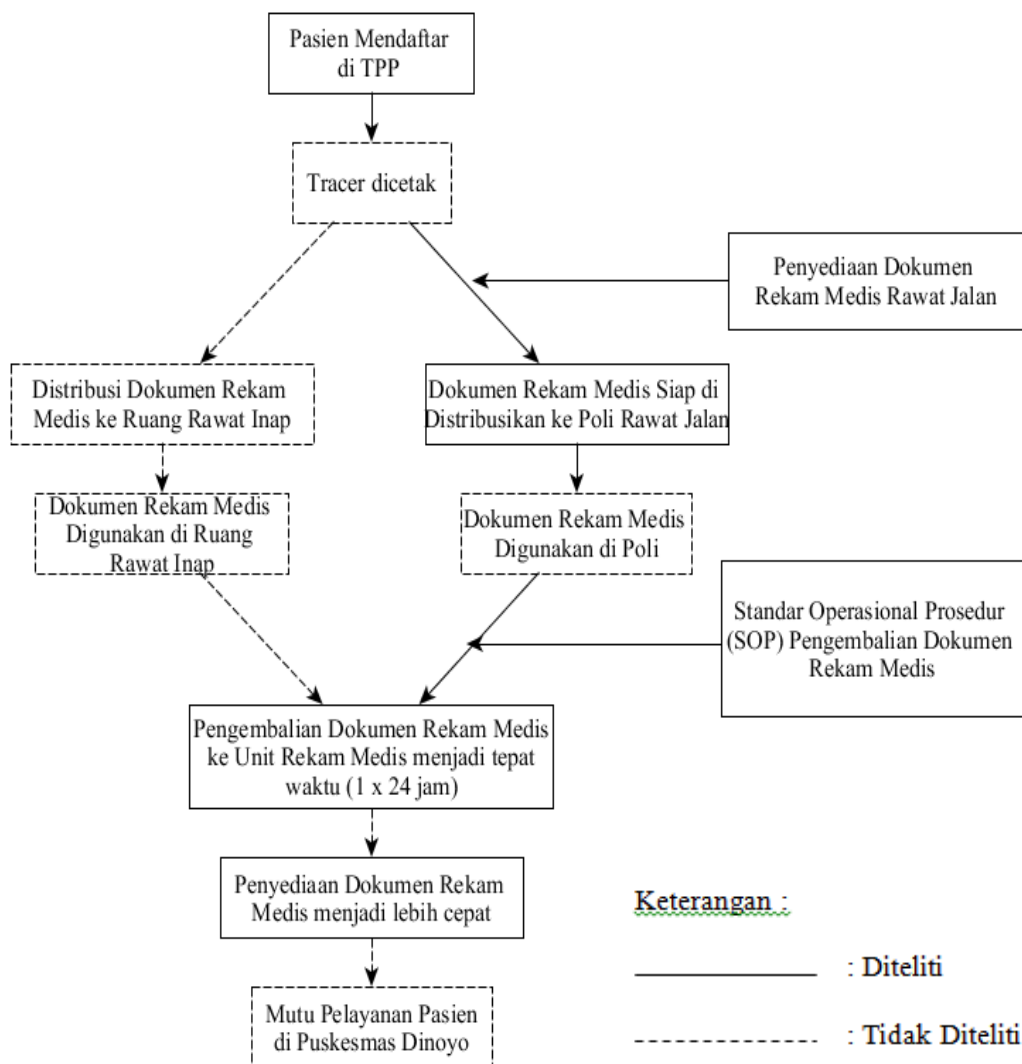
2) Faktor-faktor Implementasi

Faktor-faktor yang berpengaruh dalam implementasi menurut George C. Edwards III sebagai berikut:

- a) Komunikasi. Implementasi akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggung jawab dalam pencapaian tujuan kebijakan.
- b) Sumber Daya. Komponen sumber daya ini meliputi jumlah staf, keahlian dari para pelaksana, informasi yang relevan dan cukup untuk mengimplementasikan kebijakan dan pemenuhan sumber-sumber terkait dalam pelaksanaan program, adanya kewenangan yang menjamin bahwa program dapat diarahkan kepada sebagaimana yang diharapkan, serta adanya fasilitas-fasilitas pendukung yang dapat dipakai untuk melakukan kegiatan program seperti dana dan sarana prasarana.

c) Disposisi atau sikap. Salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksnakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah.

B. Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

C. Hipotesis

H0 : Tidak ada perbedaan rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan sebelum dan sesudah implementasi Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan.

H1 : Ada perbedaan rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan sebelum dan sesudah implementasi Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan.