

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rekam Medis

A. Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022).

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit dan melaksanakan rencana asuhan dari PPA. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya.

B. Tujuan Rekam Medis

Penyelenggaraan rekam medis bertujuan untuk: (Kemenkes RI, 2022b)

- a) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan,
- b) Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis,
- c) Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis, dan
- d) Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan

(Depkes RI, 2006).

C. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain: (Depkes RI, 2006)

- a) Administratif, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
- b) Medis, karena digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan pasien
- c) *Legal* atau hukum, Rekam medis dapat dijadikan bahan pembuktian di pengadilan.
- d) *Financial* atau keuangan, karena isi rekam medis menyangkut informasi mengenai tindakan pengobatan terhadap pasien yang dapat digunakan sebagai rincian biaya oleh pasien.
- e) *Research* atau penelitian, karena isi rekam medis menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang kesehatan.
- f) *Education* atau pendidikan, karena isi rekam medis menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

g) *Documentation* atau dokumentasi, karena isi rekam medis menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan pakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan Rumah Sakit.

Berdasarkan aspek-aspek di atas, artinya rekam medis memiliki kegunaan yang sangat luas dan tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi layanan kesehatan saja.

2.1.2 Mutu Pelayanan Kesehatan

A. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu Pelayanan Kesehatan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien (Kemenkes RI, 2022a).

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata setara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azrul Azwar, 1996).

B. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Dimensi mutu pelayanan kesehatan di Indonesia disepakati mengacu pada tujuh dimensi yang digunakan oleh WHO dan lembaga internasional lain, yaitu sebagai berikut: (Kemenkes RI, 2022a)

- 1) Efektif: menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat.

- 2) Keselamatan: meminimalkan terjadinya kerugian (harm), termasuk cedera dan kesalahan medis yang dapat dicegah, pada pasien dan masyarakat yang menerima pelayanan.
- 3) Berorientasi pada pasien/pengguna layanan (people-centred): menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai individu.
- 4) Tepat waktu: mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.
- 5) Efisien: mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia dan mencegah pemborosan termasuk alat kesehatan, obat, energi dan ide.
- 6) Adil: menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, dan status sosial ekonomi.
- 7) Terintegrasi: menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan pada seluruh siklus kehidupan.

C. Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

Hal yang perlu diperhatikan dalam pendekatan untuk mencapai pelayanan prima melalui peningkatan mutu pelayanan kesehatan yaitu:

- 1) Pelanggan dan harapannya

Harapan pelanggan mendorong upaya peningkatan mutu pelayanan.

Organisasi pelayanan kesehatan mempunyai banyak pelanggan potensial.

Harapan mereka harus diidentifikasi dan diprioritaskan lalu membuat kriteria untuk menilai kesuksesan.

- 2) Perbaikan kinerja

Bila harapan pelanggan telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi dan melaksanakan kinerja staf dan dokter untuk mencapai konseling, adanya pengakuan, dan pemberian reward.

3) Proses perbaikan

Proses perbaikan juga penting. Sering kali kinerja disalahkan karena masalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses itu sendiri tidak dirancang dengan baik untuk mendukung pelayanan. Dengan melibatkan staf dalam proses pelayanan, maka dapat diidentifikasi masalah proses yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan, mendiagnosis penyebab, mengidentifikasi, dan menguji pemecahan atau perbaikan.

4) Budaya yang mendukung perbaikan terus menerus

Untuk mencapai pelayanan prima diperlukan organisasi yang tertib. Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya organisasi sehingga dapat mendukung peningkatan mutu. Untuk dapat melakukannya, harus sejalan dengan dorongan peningkatan mutu pelayanan terus-menerus.

2.1.3 Analisis Dokumen Rekam Medis

A. Pengertian Analisis Dokumen Rekam Medis

Analisis dokumen rekam medis adalah kegiatan untuk memeriksa kelengkapan dan kekonsistenan data-data yang ada di dalam rekam medis pasien. Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dapat dikoreksi dengan dibuat adanya suatu prosedur. Sehingga dokumen rekam medis menjadi lengkap dan dapat dipakai untuk pelayanan medis pasien (Saputro & Pradana, 2022).

B. Jenis Analisis Dokumen Rekam Medis

a) Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif adalah telaah atau review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis atau dapat disebut juga sebagai analisis ketidaklengkapan baik dari segi formulir yang harus ada maupun dari segi kelengkapan pengisian semua item pertanyaan yang ada pada formulir sesuai dengan pelayanan yang diberikan pada pasien (Huffman, 1994).

Komponen pada analisis kuantitatif meliputi:

1. Identifikasi Pasien dalam lembar rekam medis

Dilakukan untuk mengecek kolom isian data yang disediakan pada masing-masing formulir rekam medis terkait kelengkapan penulisan nama, nomor rekam medis, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, alamat, pendidikan, agama, dan lain-lain.

2. Laporan penting dan catatan penting

Pengecekan ada atau tidaknya laporan pada situasi yang mengharuskan laporan yang dimaksud ada. Laporan yang dimaksud antara lain adalah ringkasan masuk dan keluar rumah sakit, resume medis, informed consent, laporan operasi, laporan anestesi yang di dalamnya memuat data-data penting terkait pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien seperti diagnosis, prosedur/tindakan medis, keadaan keluar, tanggal masuk dan keluar dirawat, dan lain-lain.

3. Autentikasi

Dilakukan untuk memastikan bahwa semua masukan (isian data) adalah legal (sah) yang ditandai dengan adanya tanda tangan tenaga kesehatan

yang berwenang dan dilengkapi dengan nama serta disertai gelar keprofesiannya.

4. Pencatatan yang baik dan benar

Telaah dijalankan untuk memastikan pemasukan data harus sesuai dengan aturan yang ditentukan. Perbaikan adalah aspek penting pada suatu praktik pendokumentasian rekam medis dan harus disertai paraf dan penjelasan terperinci.

b) Analisis Kualitatif

Suatu review pengisian dokumen rekam medis yang berkaitan tentang konsistensi dan isinya merupakan bukti bahwa rekam medis tersebut akurat dan lengkap. Kegiatan ini bertujuan untuk mendukung dan meningkatkan kualitas pencatatan informasi agar tidak mengakibatkan kerugian di masa yang akan datang.

Komponen yang terdapat dalam analisis kualitatif meliputi:

1. Review kelengkapan dan konsistensi diagnosis

Diagnosis saat masuk yang meliputi diagnosis tambahan, diagnosis turunan, diagnose sebelum operasi, diagnosis setelah operasi, diagnosis dari hasil Patologi Anatomi, diagnosis klinis, diagnosis akhir dan prosedur, diagnosis akhir dan diagnosis kedua atau lain.

2. Review konsistensi pencatatan

Konsistensi merupakan suatu penyesuaian antara 1 bagian dengan bagian lain dan seluruh bagian. Diagnosis dari awal sampai dengan akhir harus konsisten.

3. Review kekonsistenan surat pemberian informasi & informed consent yang harus ada

Review ini menjelaskan surat pernyataan persetujuan pasien mengenai pengobatan dan penjelasan mengenai efek samping obat atau tindakan dari dokter.

4. Review pencatatan hal yang harus dilakukan selama perawatan

Rekam medis menjelaskan keadaan pasien selama dirawat dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan pencatatan tindakan yang telah dilakukan kepada pasien.

5. Review cara pencatatan

Review ini menjelaskan harus terdapatnya waktu pencatatan, tulisan jelas, penulisan dilakukan dengan hati-hati dan menggunakan singkatan yang umum agar dapat dibaca dengan jelas.

6. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

Rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan potensi tuntutan kepada institusi pelayanan sendiri, baik oleh pasien maupun pihak ketiga.

C. Waktu Pelaksanaan Analisis Dokumen Rekam Medis

Waktu pelaksanaan kegiatan analisis dokumen rekam medis dibedakan menjadi 2, yaitu:

a) *Concurrent Analysis* (review terbuka)

Concurrent Analysis/review terbuka adalah analisis dokumen rekam medis yang dilakukan saat pasien masih dalam perawatan. Kegiatan ini dilaksanakan di *nurse station*/ruang perawat. Keuntungan dari review

dokumen rekam medis saat pasien masih berada di rumah sakit yaitu terjaganya kualitas kelengkapan data/informasi klinis dan pengesahannya (adanya nama lengkap, tanda tangan tenaga kesehatan atau pasien atau wali, waktu pemberian pelayanan, identitas pasien dan lainnya) dalam rekam medis (Saputro & Pradana, 2022).

Terdapat beberapa komponen analisis yang lebih efektif apabila dilaksanakan saat pasien masih menjalani perawatan. Contohnya yaitu pada proses identifikasi pasien pada setiap formulir rekam medis. Karena pada setiap berkas rekam medis minimal harus memiliki nama dan nomor rekam medis pasien. Bila ada lembaran tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Dalam hal ini secara *Concurrent Analysis* lebih baik dan lebih cepat untuk mengetahui identitasnya daripada *Retrospective Analysis*. Namun kekurangan pada proses analisis ini yaitu membutuhkan tambahan personil dan juga tambahan ruangan di *nurse station*.

b) *Retrospective Analysis* (review tertutup)

Retrospective Analysis/review tertutup adalah analisis dokumen rekam medis yang dilakukan saat pasien sudah pulang dan selesai menjalani perawatan. Jenis analisis ini yang paling banyak digunakan pada fasilitas pelayanan kesehatan karena dokumen rekam medis sudah dapat dianalisis secara keseluruhan, namun hal ini dapat menghambat proses melengkapi isi rekam medis dengan segera.

Dalam perkembangannya, kegiatan analisis kuantitatif rekam medis sesudah pasien pulang dianggap kurang efektif dan kurang bermanfaat

dibandingkan bila dilakukan saat pasien masih dirawat inap. Hal ini dikarenakan terdapat beberapa laporan atau catatan penting yang harus dilengkapi <24 jam setelah pasien masuk ruang perawatan.

Analisis dokumen rekam medis sebaiknya dilakukan dengan cara *Concurrent* agar dapat segera dibuat. Tetapi apabila dilakukan sesudah pasien pulang (*Retrospective*) maka hal ini sudah dianggap dengan *deficiency*.

2.1.4 Standar Operasional Prosedur (SOP)

A. Pengertian SOP

Standar Operasional Prosedur (SOP) 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 konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi (Kemenkes RI, 2007).

Menurut Taylor, SOP merupakan perumusan dari prosedur yang dipergunakan secara berulang-ulang dalam ukuran yang spesifik atau sebagai suatu contoh yang berisi cara mengerjakan sesuatu. SOP juga dapat dianggap sebagai metode standar ataupun salah satu bentuk pengembangan yang dilakukan oleh pengguna. Dengan demikian maka SOP merupakan suatu penerimaan yang umum atau publikasi ilmiah atau metode teknis (KOMPAS, 2021).

B. Fungsi dan Manfaat SOP

Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai sebuah acuan/langkah-langkah memiliki fungsi sebagai berikut: (KOMPAS, 2021).

- a) Menyediakan metode terbaik bagian/unit pelaksana administrasi pemerintahan dalam mengoperasionalkan (melaksanakan) dokumen organisasi dengan peraturan, rencana, kebijakan, strategi operasional, kerjasama.
- b) Sebagai standarisasi cara yang dilakukan petugas dalam menyelesaikan pekerjaan.
- c) Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang petugas.
- d) Menjamin konsistensi pelayanan kepada masyarakat, baik dari sisi mutu, waktu, dan prosedur.
- e) Memberikan informasi mengenai kualifikasi kompetensi yang harus dikuasai oleh petugas.
- f) Memberikan informasi mengenai beban tugas yang dipikul oleh petugas.
- g) Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas.
- h) Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan prosedural dalam memberikan pelayanan.

C. Prinsip – Prinsip SOP

Standar Operasional Prosedur (SOP) yang baik adalah SOP yang dapat dengan mudah dipahami dan dijalankan. Untuk pembuatan SOP yang baik hendaknya selalu memperhatikan prinsip-prinsip berikut ini: (KOMPAS, 2021).

- a) Prinsip kemudahan dan kejelasan

Prinsip ini dimaksudkan agar prosedur-prosedur standar yang akan disusun harus dengan mudah dapat dipahami dan diterapkan oleh semua pegawai termasuk pegawai baru.

b) Prinsip efisiensi dan efektifitas

Prinsip ini mutlak harus menjadi pedoman dalam penyusunan prosedur kerja.

c) Prinsip perhatian dan keselarasan

Prinsip ini bertujuan untuk menyelaraskan prosedur-prosedur yang berkaitan satu dengan lainnya.

d) Prinsip keterukuran

Prinsip ini menjadi sangat penting dalam SOP karena output/keluaran dari prosedur-prosedur yang terstandarisasi mengandung kualitas mutu tertentu yang dapat diukur pencapaian keberhasilannya.

e) Prinsip dinamis

Prosedur-prosedur yang ada dapat dengan mudah disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang.

f) Prinsip berorientasi pada konsumen

Prosedur-prosedur yang dikembangkan harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna sehingga dapat memberikan kepuasan pada pengguna.

g) Prinsip kepatuhan dan kepastian hukum

Penyusunan SOP harus memenuhi ketentuan-ketentuan dan peraturan pemerintah yang berlaku, serta untuk memperoleh kepastian hukum agar dapat ditaati oleh pegawai dan melindungi pegawai jika terjadi tuntutan hukum.

D. Format SOP

- a) Format SOP sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomor YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP)

- b) Format mulai diberlakukan 1 Januari 2002.
- c) Format merupakan format minimal, format ini dapat diberi tambahan materi misalnya nama penyusun SOP, unit yang memeriksa SOP, dll, namun tidak boleh mengurangi item-item yang ada di SOP.
- d) Format SOP:

Tabel 2. 1 Format SOP

Nama dan Logo RS	Judul SOP		
	No. dokumen	No. revisi	Halaman
SOP	Tanggal Terbit	Ditetapkan: Direktur RS	
Pengertian			
Tujuan			
Kebijakan			
Prosedur			
Unit Terkait			

Penjelasan:

Penulisan SOP yang harus tetap di dalam tabel/ kotak adalah: nama RS dan logo, judul SOP, SOP, no dokumen, no revisi, tanggal terbit dan tanda tangan Direktur RS, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur dan unit terkait boleh tidak diberi kotak/tabel (KARS, 2012).

E. Petunjuk Pengisian SOP

a) **Kotak Heading:** masing-masing kotak (Rumah Sakit, Judul SOP, No. Dokumen, No. Revisi, Halaman, Prosedur Tetap, Tanggal terbit, Ditetapkan Direktur) diisi sebagai berikut:

1. Heading dan kotaknya dicetak pada setiap halaman. Pada halaman pertama kotak heading harus lengkap, untuk halaman-halaman berikutnya kotak heading dapat hanya memuat: Kotak Nama RS, Judul SOP, No. Dokumen, No. Revisi dan Halaman.
2. Kotak RS diberi nama RS dan logo RS (bila RS sudah mempunyai logo).

3. Judul SOP: diberi judul/nama SOP sesuai proses kerjanya.
4. No. Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di RS yang bersangkutan.
5. No. Revisi: diisi dengan status revisi, dianjurkan 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.
6. Halaman: diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SOP tersebut. Misalnya: halaman pertama: 1/5, halaman kedua: 2/5, halaman terakhir: 5/5.

b) Isi SOP

1. **Pengertian:** berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang sulit dipahami.
2. **Tujuan:** berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci: “Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk”
3. **Kebijakan:** berisi kebijakan yang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut.
4. **Prosedur:** bagian yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja.
5. **Unit terkait:** berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.
6. **Dokumen terkait:** berisi dokumen-dokumen yang terkait dengan proses kerja.

F. Tata Cara Pengelolaan SOP

Berikut adalah tata cara pengelolaan SOP yang dapat diterapkan di rumah sakit: (KARS, 2012)

- a) Rumah sakit agar menetapkan siapa yang mengelola SOP.
- b) Pengelola SOP harus mempunyai arsip seluruh SOP rumah sakit.
- c) Pengelola SOP agar membuat tata cara penyusunan, penomoran, distribusi, penarikan, penyimpanan, evaluasi dan revisi SOP.

G. Tata Cara Penyusunan SOP

a) Hal-hal yang perlu diingat

1. Siapa yang yang harus menulis atau menyusun SOP
2. Bagaimana merencanakan dan mengembangkan SOP
3. Bagaimana SOP dapat dikenali.
4. Bagaimana memperkenalkan SOP kepada pelaksana dan unit terkait.
5. Bagaimana pengendalian SOP nya (nomor, revisi dan distribusi).

b) Syarat penyusunan SOP

1. Identifikasi kebutuhan, mengidentifikasi apakah kegiatan yang dilakukan saat ini sudah ada SOP belum dan bila sudah ada agar diidentifikasi, apakah SOP masih efektif atau tidak.
2. SOP harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut, Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur/Pimpinan rumah sakit hanya untuk menanggapi dan mengoreksi SOP tersebut.
3. SOP harus merupakan flow charting dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim/Panitia diminta memberikan tanggapan.

4. Di dalam SOP harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan dan mengapa.
5. SOP jangan menggunakan kalimat majemuk. Subyek, predikat dan obyek harus jelas.
6. SOP harus menggunakan kalimat perintah/instruksi dengan bahasa yang dikenal pemakai.
7. SOP harus jelas, ringkas, dan mudah dilaksanakan.

c) Proses penyusunan SOP

Standar Operasional Prosedur (SOP) disusun dengan menggunakan format SOP sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SOP.

Penyusunan SOP dapat dikelola oleh suatu Tim/panitia dengan mekanisme sebagai berikut:

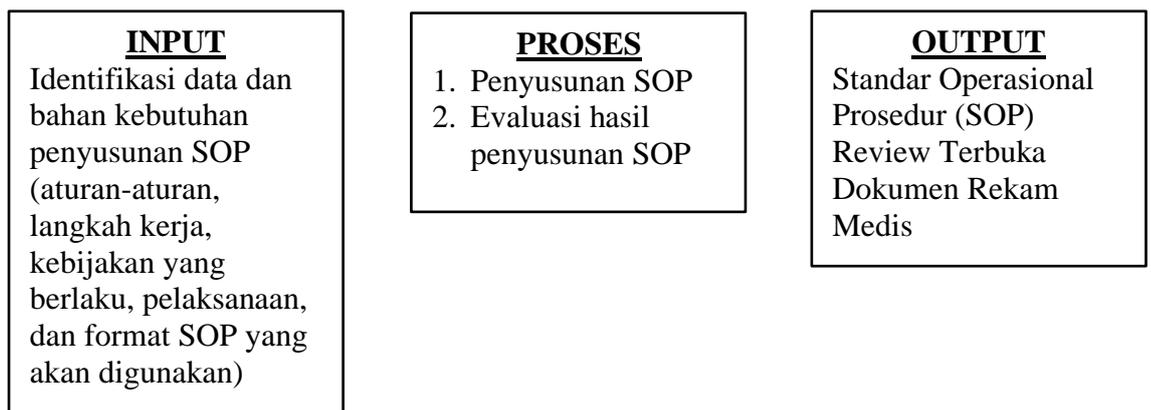
1. Pelaksana atau unit kerja menyusun SOP dengan melibatkan unit terkait.
2. SOP yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke Tim/Panitia SOP.
3. Fungsi Tim/Panitia SOP:
 - a. Memberikan tanggapan, mengoreksi dan memperbaiki SOP yang telah disusun oleh pelaksana/unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan.
 - b. Sebagai koordinator dari SOP yang sudah dibuat oleh masing-masing unit kerja sehingga tidak terjadi duplikasi SOP.
 - c. Melakukan cek ulang terhadap SOP yang akan di tanda tangani oleh Direktur rumah sakit.

Penyusunan SOP dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan SOP. Dari hasil identifikasi tersebut maka dapat diketahui berapa banyak dan macam SOP yang harus dibuat/disusun. Untuk melakukan identifikasi kebutuhan SOP dapat pula dilakukan dengan memperhatikan elemen penilaian pada standar akreditasi rumah sakit. SOP yang menjadi syarat di elemen penilaian adalah SOP minimal yang harus ada di rumah sakit.

Mengingat SOP merupakan *flow charting* dari proses kegiatan maka untuk memperoleh pengertian yang jelas bagi subjek, penulisan SOP dimulai dengan membuat *flow chart* dari kegiatan yang dilaksanakan.

2.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian yang disebutkan dalam landasan teori, disusun kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Tahapan pertama yang harus dipersiapkan dalam penyusunan SOP review terbuka dokumen rekam medis adalah data dan bahan-bahan yang dibutuhkan untuk kelengkapan penyusunan. Data tersebut berupa aturan-aturan, langkah kerja, kebijakan, proses pelaksanaan, dan format SOP yang digunakan di RSUD

Kanjuruhan. Selanjutnya dapat dilakukan penyusunan SOP dan dilanjutkan dengan evaluasi hasilnya.

Dengan hal tersebut maka didapatkan output berupa Standar Operasional Prosedur (SOP) review terbuka dokumen rekam medis di RSUD Kanjuruhan yang dapat digunakan sebagai acuan/langkah-langkah petugas dalam melaksanakan kegiatan review terbuka dokumen rekam medis.