

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan adalah suatu penampilan yang pantas atau sesuai dengan standar dan prosedur dari suatu intervensi yang diketahui aman yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan (Satrianegara, 2014: 197). Mutu pelayanan kesehatan adalah suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan, yang berdasarkan tingkat di mana pelayanan memberikan kontribusi terhadap nilai *outcomes* (Wijono, 2000: 26).

Mutu jaminan pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan prosedur serta menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit atau Puskesmas secara wajar serta diberikan secara aman dan memuaskan norma dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah serta masyarakat (Herlambang, 2016: 73).

Menurut Undang-undang No.23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan Jaminan menjelaskan bahwa mutu pelayanan masyarakat merupakan suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang

bekesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara praupaya.

2. Asas-asas Pelayanan Publik

Menurut Ratminto dalam Mukarom dkk (2016: 127) ada beberapa asas dalam penyelenggaraan pelayanan yaitu:

- a. Empati dengan masyarakat. Pegawai yang melayani urusan perizinan dari instansi penyelenggaraan jasa perizinan harus dapat berempati dengan masyarakat pengguna jasa pelayanan dan tidak membedakan masyarakat berdasarkan status social.
- b. Pembatasan prosedur. Prosedur dirancang sependek mungkin agar konsep *one stop shop* benar-benar diterapkan.
- c. Kejelasan tata cara pelayanan. Prosedur pelayanan dilakukan dengan sederhana dan sebaik mungkin agar lebih jelas.
- d. Minimalisasi persyaratan pelayanan agar pelayanan benar-benar jelas.
- e. Kejelasan kewenangan. Pembagian pekerjaan dilakukan secara adil agar tidak ada kekosongan pekerjaan.
- f. Transparansi biaya dengan membuat aturan biaya seminimal mungkin.
- g. Kepastian jadwal dan durasi pelayanan yaitu pelayanan dilakukan secara tepat dan akurat agar masyarakat tidak menunggu terlalu lama.

- h. Minimalisasi formulir yaitu dengan menghemat formulir (satu formulir dapat dipergunakan berbagai keperluan).
- i. Maksimalisasi masa berlakunya izin dilakukan dengan menetapkan masa berlaku izin selama mungkin.
- j. Kejelasan terhadap hak dan kewajiban. Hak dan kewajiban bagi providers maupun masyarakat harus dirumuskan dengan jelas dan perlu dilengkapi sanksi serta ketentuan tentang ganti rugi.
- k. Efektifitas penanganan keluhan pelanggan. Pelayanan dikatakan baik jika tidak terdapat adanya keluhan. Apabila muncul keluhan, perlu adanya rancangan mekanisme untuk memastikan bahwa keluhan tersebut dapat ditangani dengan efektif untuk menyelesaikan permasalahan sesegera mungkin.

3. Manfaat Mutu Pelayanan Kesehatan

Program menjaga mutu pelayanan kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab sampai dengan penyelesaian masalah (Herlambang, 2016: 74). Manfaat mutu pelayanan kesehatan yaitu:

- a. Dapat meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan

Peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan ini erat hubungannya dengan dapat di atasnya masalah kesehatan secara

tepat, karena pelayanan kesehatan yang diselenggarakan telah sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.

b. Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan

Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan ini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya pelayanan kesehatan yang dibawah standar dan ataupun yang berlebihan (Rustiyanto, 2012 : 31).

c. Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuaiya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan.

d. Dapat melindungi penyelenggaraa pelayanan kesehatan dan kemungkinan timbulnya gugatan hukum. Manfaat mutu pelayanan kesehatan dapat digunakan dalam pencegahan gugatan hukum terhadap penyelenggara pelayanan yaitu dengan melakukan pelayanan kepada pasien secara hati-hati dan sesuai dengan prosedur yang ada.

4. Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan

Indikator asuhan kesehatan atau pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses dan *outcomes* (Wijono, 2000: 42).

a. Indikator Struktur

- 1) Tenaga sumber daya kesehatan professional (dokter, paramedis dan lain-lain).
- 2) Anggaran biaya untuk keperluan operasional dan sebagainya yang tersedia.
- 3) Adanya perlengkapan dan peralatan kedokteran yang memadai termasuk obat-obatan.

b. Indikator Proses

Indikator proses merupakan pemberian petunjuk dalam proses pelaksanaan kegiatan sesuai standar yang telah ditetapkan.

c. Indikator Outcomes

Merupakan indikator hasil dari kegiatan yang telah dilakukan yaitu input dan proses meliputi angka kesembuhan penyakit, angka kematian 48 jam, angka infeksi nosokomial, komplikasi perawatan dan sebagainya.

Proses penyelenggaraan pelayanan publik yang selama ini diselenggarakan organisasi pemerintah bagi masyarakat tergolong masih tertutup. Masyarakat dinilai sebagai pengguna yang pasif dan harus menerima pelayanan publik apa adanya. Mereka tidak mempunyai hak berbicara, mengajukan komplain, terlebih memutuskan pelayanan seperti apa yang akan diselenggarakan, seperti

apa kualitasnya, dan bagaimana pelayanan tersebut harus dijalankan. Meskipun demikian, adanya pendekatan paradigma baru memberikan potensi warga untuk diberdayakan, dimana warga tidak lagi sebagai pengguna yang pasif, melainkan dapat menentukan seperti proses penyelenggaraan pelayanan seharusnya diselenggarakan (Mukarom dkk, 2016: 186). Paradigma tersebut dapat dilihat berdasarkan penjelasan perbedaan pelayanan publik dan swasta pada tabel 2.1 berikut:

5. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Wijono (2000: 35) menyatakan dimensi mutu pelayanan kesehatan yang tepat digunakan untuk mendukung pelayanan kesehatan diantaranya :

a. Kompetensi Teknis

Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar dan prosedur pelayanan yang telah ditetapkan meliputi dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketetapan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*) dan konsistensi (*consistency*).

b. Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses berarti bahwa pelayanan yang diberikan tidak terhalang oleh keadaan geografis sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.

c. Efektifitas

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektifitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada. Salah satu contohnya adalah dengan mempertimbangkan prosedur dan pengobatan yang dianjurkan serta menggunakan teknologi yang paling tepat.

d. Hubungan dengan Sesama Manusia

Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsif dan memberikan perhatian.

e. Efisienisi

Pelayanan yang efisien dilakukan dengan memberikan perhatian secara tepat, akurat dan optimal kepada pasien dan masyarakat. Efisiensi dalam pelayanan kesehatan adalah aspek yang dapat mempengaruhi hasil maupun sumber daya yang bertanggungjawab memberikan pelayanan, sehingga bernilai penting karena mampu memberikan efisiensi.

f. Kelangsungan Pelayanan

Kelangsungan pelayanan berarti pasien akan menerima pelayanan yang lengkap tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur diagnose dan terapi. Pasien harus mempunyai akses terhadap pelayanan rutin dan preventif yang diberikan oleh petugas kesehatan dengan mengetahui riwayat penyakitnya.

g. Keamanan

Pelayanan dengan mengutamakan keamanan dilakukan guna menjaga dan memberikan rasa nyaman kepada pasien. Hal-hal yang dilakukan agar pasien tetap aman selama menjalani pengobatan adalah dengan mengurangi risiko terjadinya cedera dan hal lainnya.

h. Kenyamanan atau Kenikmatan

Kenyamanan dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak berkaitan langsung dengan kegiatan klinis namun berpengaruh langsung dengan rasa puas pasien yang berdampak pada rasa loyal dalam menggunakan jasa pelayanan.

A. Standar Operasional Prosedur Rekam Medis

1. Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2008 menyatakan bahwa :

“Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.”

Menurut UU Praktik Kedokteran dalam penjelasan pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa:

“Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Isi dari rekam medis adalah catatan dan dokumen. Catatan merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya. Merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.”

2. Standar Operasional Prosedur Pelayanan Rekam Medis

a. Prosedur Sistem Penamaan Data Rekam Medis

Standar Operasional Prosedur Penamaan Data Rekam Medis

sebagai berikut:

- 1) “Nama pasien ditulis dengan huruf balok.”
- 2) “Sebagai pelengkap, bagi pasien wanita diakhiri nama lengkap ditambahkan “Ny” atau “Nn” sesuai dengan statusnya.”
- 3) “Pencantuman title / gelar selalu diletakkan sesudah nama lengkap.”
- 4) “Pencantuman title / gelar selalu diletakkan sesudah nama lengkap.”

b. Prosedur Sistem Penomoran Rekam Medis

Prosedur sistem penomoran rekam medis yaitu :

- 1) “Bagian Administrasi Pasien dan Informasi Medis (unit kerja Rekam Medis) memberikan nomor Rekam Medis pada setiap pasien baru yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan.”
- 2) “Pemberian nomor Rekam Medis menggunakan sistem 6 digit yang dimulai dai 00 00 01 sampai dengan 99 99 99 dengan 2 angka pertama menunjukkan tahun.”

c. Prosedur Pengisian Berkas Rekam Medis

Prosedur pengisian berkas rekam medis merupakan kegiatan pengisian identitas, data sosial dan data medis pasien untuk kelengkapan data Rekam Medis.

- a. “Setiap pasien baru harus dilengkapi dengan identitas, data sosial dan data medis pasien untuk kelengkapan data Rekam Medis.”
- b. “Identitas, data sosial dan data medis pasien dimasukkan ke dalam map berkas Rekam Medis.”
- c. “Setiap tindakan dan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien harus ditulis dalam lembaran Rekam Medis.”

- d. “Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terang serta tanggal.”
- e. “Data klinis anemnesa, pemeriksaan, tetapi ditulis secara ringkas namun informasi oleh dokter pemeriksa pada saat pasien berobat dengan tulisan yang bias dibaca oleh sejawat dan dengan menggunakan istilah maupun singkatan yang disepakati atau dimengerti.”

3. Optimalisasi Pelayanan Rekam Medis

Optimalisasi pelayanan dilakukan dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat secara normatif dan akademik, serta berupaya melakukan perbaikan kualitas pelayanan kesehatan, guna mewujudkan pelayanan yang ramah, cepat, dan tepat sesuai dengan kebutuhan. Optimalisasi pelayanan dilaksanakan dengan mempertimbangkan kebutuhan (*needs*), keinginan (*wants*), harapan (*expectation*) dan persepsi (*perception*) masyarakat serta upaya implementasi berupa tindakan nyata dan rencana kerja untuk membangun pelayanan kesehatan yang optimal (Yulian, 2017). Optimalisasi pelayanan rekam medis merupakan peningkatan kualitas pelayanan dalam penerapan Standar Operasional Prosedur rekam medis yang belum dilakukan atau belum dilaksanakan secara optimal.

Optimalisasi dan pendekatan kualitas pelayanan dapat dijelaskan pada tabel 2.1 sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Matriks Optimalisasi dan Pendekatan Peningkatan Kualitas Pelayanan

NO.	Optimalisasi	Pendekatan	Capaian
1.	Pengembangan dan Peningkatan Sistem Pelayanan (Optimalisasi model pelayanan yang berbasis kepastian, kecepatan dan ketepatan dalam proses layanan)	Pengembangan SOP yang berorientasi kepada layanan standar dan layanan prima	Adanya SOP setiap unit layanan dan dilaksanakan
2.	Pengembangan dan Peningkatan SDM. a. Peningkatan kedisiplinan, keberadaan, keramahan, dan kesigapan tenaga kesehatan. b. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan.	a. Recruitment tenaga kesehatan sesuai kebutuhan. b. Motivating dan peningkatan dari tenaga kesehatan Training atau Diklat	Secara bertahap memenuhi standar kesehatan Pelaksanaan sesuai dengan budget
3.	Pengembangan dan Pengadaan Fasilitas Kesehatan.	Inventarisasi dan pengadaan assets atau fasilitas yang dibutuhkan dengan menggunakan skala prioritas.	Terpenuhinya standar minimum sarana dan fasilitas penunjang kesehatan.
4.	Program Pengadaan Obat-obatan yang pokok dan dibutuhkan.	Inventarisasi dan pengadaan obat-obatan yang dibutuhkan dengan menggunakan skala prioritas.	Tersediannya obat-obatan yang pokok dibutuhkan oleh masyarakat.

Sumber : Yulian, 2017

4. Budaya Kerja

Budaya kerja, merupakan kelompok pola perilaku yang melekat secara keseluruhan pada diri setiap individu dalam sebuah organisasi. Membangun budaya berarti juga meningkatkan dan mempertahankan sisi-sisi positif, serta berupaya membiasakan (*habituating process*) pola perilaku tertentu agar tercipta suatu bentuk baru yang lebih baik.

Secara konseptual, budaya kerja secara tekstual tersebut dapat digambarkan, yaitu:

- a. Integritas dan profesionalisme, yaitu konsisten dalam kata dan perbuatan serta ahli dalam bidangnya. Orang yang memiliki integritas kepribadian, maka dia akan melakukan sesuatu yang sesuai antara apa yang diucapkan dan apa yang dilakukan. Kepribadian ini muncul dari keyakinan bahwa bekerja tidak semata untuk meraih prestasi keduniawiaan tetapi juga memiliki makna keukhrawian atau ibadah. Bekerja yang didasari oleh semangat ibadah akan menyebabkan orang bekerja tanpa pamrih untuk kepentingan individu tetapi untuk kepentingan kebersamaan. Selain itu juga memiliki kemampuan yang seimbang. Dia akan bekerja dengan pengetahuan, sikap dan keahliannya.
- b. Kepemimpinan dan keteladanan, yaitu mampu mendayagunakan kemampuan potensi bawahan secara optimal. Jika ketepatan diberi

kekuatan untuk menjadi pemimpin maka tidak akan memanfaatkannya untuk bekerja secara otoriter tetapi secara partisipatif.

- c. Kebersamaan dan dinamika kelompok, yaitu mendorong agar cara kerjanya tidak bersifat individual dan pusat kekuasaan tidak pada satu tangan. Sesuatu yang sangat sulit di dalam relasi kerja adalah membangun kerja sama dalam kerja kelompok.
- d. Ketepatan dan kecepatan, yaitu adanya kepastian waktu, kuantitas, kualitas dan finansial yang dibutuhkan. Prinsip yang harus dijadikan sebagai pedoman adalah semakin cepat semakin baik. Prinsip pelayanan yang harus dikembangkan dalam suatu institusi adalah pelayanan prima yang berbasis kecepatan dan ketepatan
- e. Rasionalitas dan kecerdasan emosi, yaitu keseimbangan antara kecerdasan intelektual dan emosional. Ternyata di dalam kehidupan ini yang dibutuhkan bukan sekedar orang yang cerdas secara intelektual saja. Kenyataannya banyak orang yang cerdas intelektual tetapi justru tidak berhasil dalam kehidupannya. Kehidupan ini bukan hanya membutuhkan logika akan tetapi juga kecerdasan emosi yang didasari oleh pemahaman tentang perasaan dan kemanusiaan (Habibiarifin, 2018).

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 2 Penelitian Terdahulu

No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
1.	Alvandi	2015	<i>Optimizing the Effect of Electronic Health Records for Healthcare Professionals and Consumers</i>	Penelitian ini dilakukan dengan pengumpulan dan analisis data rekam medis yang ada dirumah sakit.	Rekam medis mempengaruhi seluruh komunitas kesehatan, termasuk penyedia layanan kesehatan, konsumen, lembaga kesehatan; mengotomatisasi dan menyederhanakan alur kerja dokter; memfasilitasi manajemen biaya; dan mendukung semua aspek industri kesehatan. Namun demikian, penyedia layanan kesehatan membutuhkan pendidikan tambahan untuk belajar terampil menggunakan basis data elektronik dan mempertahankan profesionalisme mereka secara online.	Tempat dan waktu penelitian, variabel pelayanan dan standar operasional.
2.	Luthuli and Kalusopa	2017	<i>The Management Of Medical</i>	Penelitian ini menggunakan desain penelitian	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengelolaan catatan rekam medis yang buruk dapat merusak	Tempat dan waktu penelitian,

No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
			<i>Records In The Context Of Service Delivery In The Public Sector In Kwazulu-Natal, South Africa: The Case Of Ngwelezana Hospital</i>	studi kasus. Metodologi triangulasimetode pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif, yaitu kuesioner semi-terstruktur, wawancara semi-terstruktur dan data observasi.	pemberian layanan, terutama transparansi dan akuntabilitas dalam pemberian layanan kesehatan. Penelitian ini mendukung, berdasarkan praktik terbaik, rekomendasi yang menggarisbawahi pengelolaan tata kelola catatan yang baik, sistem pencatatan, mencatat teknologi dan infrastruktur manajemen, mencatat proses arsip, dan merekam kemampuan sumber daya manusia manajemen.	variabel standar operasional.
3.	Dainton <i>et.all</i>	2017	<i>A Review Of Electronic Medical Record Keeping On Mobile Medical Service Trips In Austere Settings</i>	Penelitian ini dilakukan dengan penelusuran MEDLINE, EMBASE, dan Scopus / IEEE dan pencarian tambahan Google dilakukan untuk sistem EMR khusus untuk MST seluler.	Hasil dari tinjauan ini mungkin berguna bagi organisasi non-pemerintah (LSM) mempertimbangkan modernisasi praktik rekam medis mereka karena penggunaan EMR memfasilitasi penelitian, mengurangi biaya administrasi kertas, dan meningkatkan persepsi profesionalisme; namun, sebagian besar EST spesifik MST tetap pada tahap awal, dan pengembangan dan	Tempat dan waktu penelitian, variabel standar operasional.

No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
4.	Van M ^ô Danget.all	2014	<i>Medical Record-Keeping And Patient Perception Of Hospital Care Quality</i>	Penelitian ini dilakukan dengan menggabungkan data asli yang dikumpulkan sebagai bagian dari audit nasional dengan skor persepsi keseluruhan dan subskala (kisaran 0-100, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan peringkat yang lebih baik) dihitung untuk 191 responden untuk survei	<p>penelitian lebih lanjut diperlukan sebelum mencapai tahap adopsi secara luas.</p> <p>Skor persepsi pasien secara keseluruhan rata-rata adalah 77 (persentil ke-25 - 75, 68-87) dan berbeda sesuai dengan ringkasan pelepasan yang diselesaikan dalam delapan hari setelah pulang (81 v. 75, $p = 0,03$ setelah disesuaikan untuk pasien rawat inap dan rawat inap di rumah sakit karakteristik). Tidak ada asosiasi independen yang ditemukan antara skor persepsi pasien dan dokumentasi penilaian nyeri dan skrining gangguan nutrisi. Namun, kualitas pencatatan medis secara independen terkait dengan skor persepsi pasien yang lebih tinggi untuk komponen keterampilan interpersonal dan teknis perawat.</p>	Tempat dan waktu penelitian, variabel standar operasional

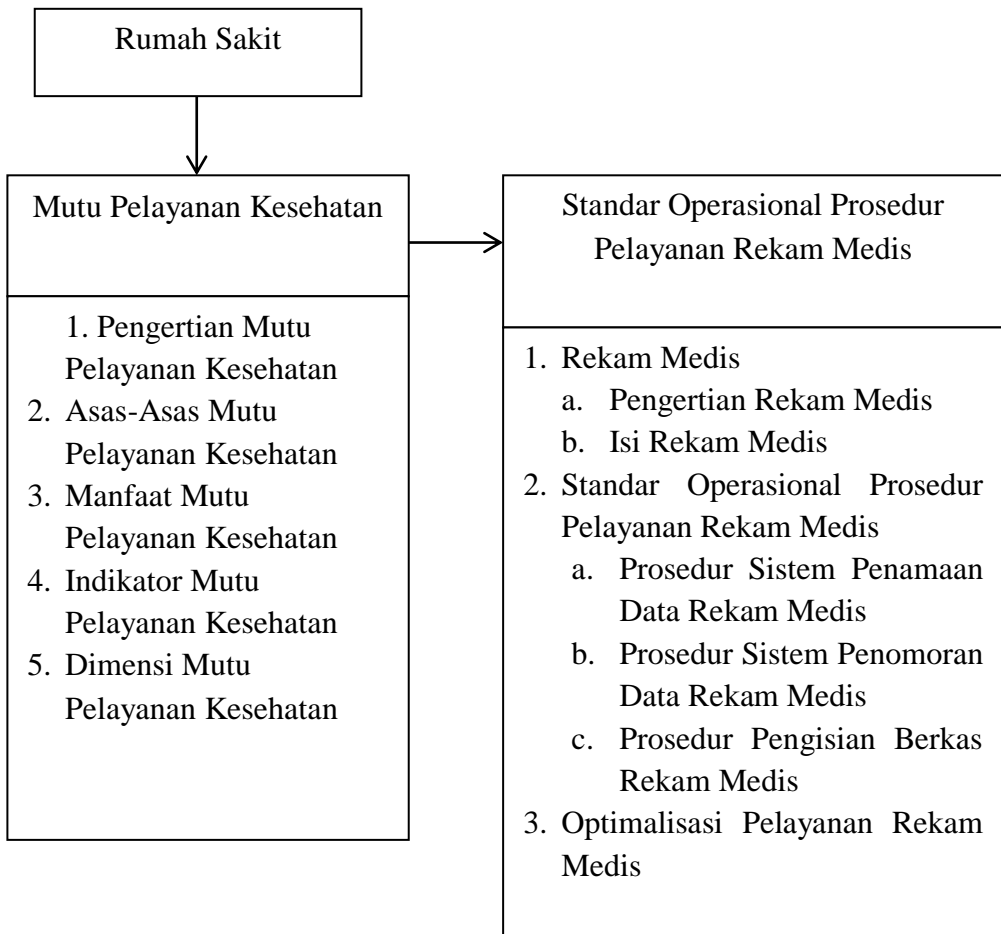
No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
				cross-sectional pasien yang dipulangkan dari Rumah Sakit.		
5.	Dale Rose <i>et.all</i>	2014	<i>Patient Experiences With Electronic Medical Records: Lessons Learned</i>	Penelitian ini menggunakan desain kualitatif, fenomenologis. Pegumpulan data dilakukan dengan wawancara responden.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa empat tema yang muncul dari tiga kelompok fokus termasuk masalah komunikasi, preferensi pasien untuk catatan elektronik, masalah keamanan dan keselamatan, dan masalah transisi dengan penerapan EHR.	Tempat dan waktu penelitian, variabel standar operasional.
6.	Fadlun	2017	Sistem Pelayanan Administrasi Rekam Medik Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Poso	Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif. Penelitian ini berlokasi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Poso dan penentuan informan dilakukan	Hasil Penelitian menunjukkan bahwa masih ada keterlambatan dalam layanan rekam medis selama pemeriksaan rawat inap oleh dokter. Masalahnya terletak pada sistem pergantian petugas medis yang tidak tepat waktu, terutama untuk pasien yang masuk pada malam hari. Rekam medis sering tidak dapat ditemukan karena petugas medis jaga yang menyertai	Tempat dan waktu penelitian, variabel standar operasional.

No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
7.	Nindyakinanti dan Budi	2017	Sistem Penyimpanan dan Pemrosesan Rekam Medis Terkait Standar Akreditasi Kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul	Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Subjek dalam penelitian ini terdiri atas tiga anggota kelompok kerja pelayanan klinis dan tiga petugas rekam medis. Objek dalam penelitian ini adalah kegiatan	<p>dokter tidak tahu di mana catatan medis disimpan oleh petugas medis yang bertugas sebelumnya. Selain itu, masalah pendidikan rendah dan status pekerjaan dari karyawan honorer mempengaruhi disiplin dan perilaku kerja petugas medis yang bertugas.</p> <p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa Kompetensi dan jumlah petugas rekam medis yang tersedia belum memenuhi syarat. Surat Keputusan (SK) tentang Pengelolaan Rekam Medis dan Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Penyimpanan Rekam Medis tidak sesuai dengan format penyusunan dokumen akreditasi FKTP tahun 2015. Pelaksanaan kegiatan identifikasi pasien yang dilakukan oleh petugas rekam medis tidak sesuai dengan urutan kerja SOP. Formulir identitas pasien belum mengumpulkan data secara efektif</p>	Tempat dan waktu penelitian, variabel standar operasional.

No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
				<p>yang telah dilakukan oleh Puskesmas Jetis 1 Bantul pada sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 berdasarkan unsur manajemen, materials, methods, machines, and money. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.</p>	<p>dan efisien. Tidak terdapat prosedur tetap terkait dengan kegiatan pengkodean keluarga. Tracer tidak memuat nama pasien dan tujuan rekam medis dikeluarkan. Petugas tidak melakukan analisis kelengkapan rekam medis. Penentuan masa simpan berkas dan penyusutan tidak seimbang dengan luas tempat penyimpanan.</p>	

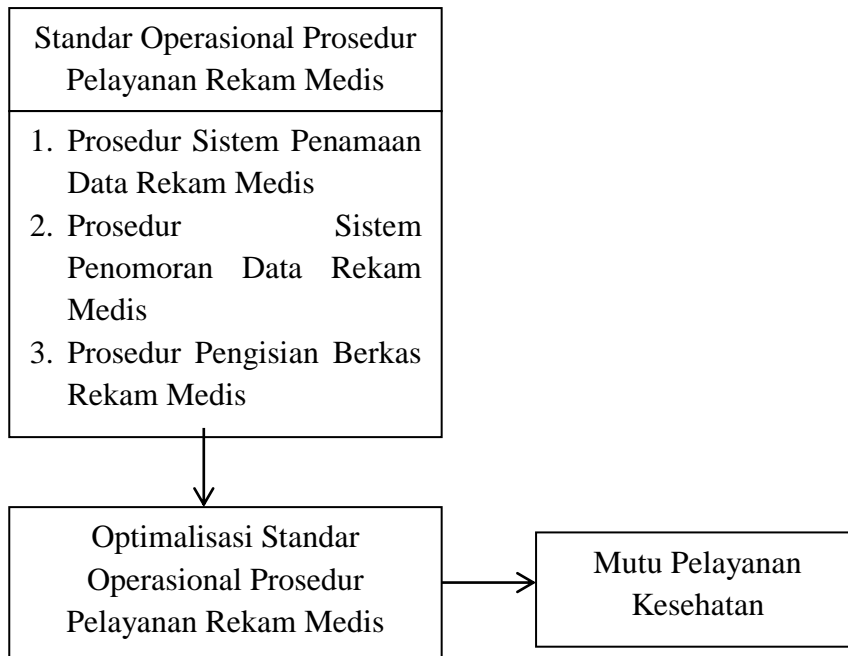
No	Nama peneliti	Tahun penelitian	Judul penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian	Perbedaan penelitian
8.	Nugraheni	2015	Analisis Pelayanan Rekam Medis di Rumah Sakit X Kediri Jawa Timur	Jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan teknik Simple Random Sampling sebanyak 152 perawat dan 48 dokter. Variabel yang digunakan adalah sistem pelayanan, sarana prasaran dan sumber daya manusia.	Sistem pelayanan rekam medis di Rumah Sakit X Kediri Periode April – Juni Tahun 2013 dalam prosentase kategori baik sebanyak 64,5%, sarana prasarana pelayanan rekam medis dalam kategori baik (50,5%) dan sumber daya manusia dalam pelayanan, medis dalam kategori baik (53,5%).	Tempat dan waktu penelitian, variabel standar operasional.

C. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian

E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana sistem informasi pelayanan dalam pencarian input data rekam medis pasien dalam proses layanan Di Rumah Sakit Angkatan Udara Dr. Hoediyono?
2. Bagaimana efektivitas Standar Operasional Prosedur Di Rumah Sakit Angkatan Udara Dr. Hoediyono?