

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Telaah Pustaka

2.1.1 Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna yang komprehensif berupa penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat

Rumah Sakit adalah Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Kemenkes RI, 2010)

2. Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya yakni :

- 1) Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
 - a. Rumah sakit umum, memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit

- b. Rumah sakit khusus, memberikan pelayanan utama pada suatu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
- 2) Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat.
 - a. Rumah sakit publik sebagaimana dimaksud dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik dikelola pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat.
 - b. Rumah Sakit privat sebagaimana dimaksud dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit dapat ditetapkan menjadi rumah sakit pendidikan setelah memenuhi syarat dan standar rumah sakit pendidikan.

Klasifikasi Rumah Sakit di Indonesia, Dalam rangka penyelenggaraan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit umum diklasifikasikan sebagai berikut:

1) Rumah Sakit Umum kelas A

Rumah Sakit Umum kelas adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang

medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) sub spesialis.

2) Rumah Sakit Umum kelas B

Rumah Sakit Umum kelas B adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) sub spesialis dasar.

3) Rumah Sakit Umum kelas C

Rumah Sakit Umum kelas C adalah Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.

4) Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah Sakit Umum kelas D adalah Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

3. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai beberapa fungsi yang berdasarkan pada Undang-Undang No. 44 tahun 2009 yaitu sebagai berikut:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

4. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

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.

Di bagian pelayanan rekam medis terdapat standar pelayanan minimal sebagai berikut:

1) **Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan**

Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik. 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 di putus untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume

Berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit, Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan adalah 100%

2) **Kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas**

Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan (Depkes, 2009) dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan. *Informed consent* adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit, Kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas adalah 100%

5. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan. 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.

Berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit, waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan adalah ≤ 10 menit.

6. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap. Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien

Berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit, waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap adalah ≤ 15 menit.

2.1.2 Rekam Medis

1. Definisi Rekam Medis

Menurut PERMENKES Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Setiap rumah sakit harus membuat rekam medis baik itu rekam medis rawat jalan maupun rekam medis rawat inap. Rekam medis juga berguna sebagai bukti tertulis atas tindakan pelayanan terhadap seorang pasien, juga

mampu melindungi kepentingan hukum bagi pasien yang bersangkutan, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya, apabila di kemudian hari terjadi suatu hal yang tidak diinginkan menyangkut rekam medis itu sendiri. Agar rekam medis dapat digunakan dengan baik maka suatu rumah sakit harus melakukan penyelenggaraan rekam medis

Menurut UU No.29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) tentang praktik kedokteran, rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (UU RI Nomor, 2004).

2. 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 (Depkes, 2006)

3. Manfaat Rekam Medis

Menurut (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006), manfaat rekam medis diantaranya yaitu:

1. Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

2. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan

untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

4. Pembiayaan

Berkas rekam medis bisa dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut bisa digunakan sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

5. Statistik Kesehatan

Rekam medis bisa digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit tertentu.

6. Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan juga etik.

4. Aspek Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dalam pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu:

1. Aspek Administrasi

Di dalam 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. Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya

dalam bidang teknologi informasi yang sudah memasuki bidang kesehatan, maka penggunaannya di dalam rekam medis saat ini sangat diperlukan karena kita melihat proses pengobatan dan tindakan yang diberikan atas diri seorang pasien dapat diakses secara langsung oleh bagian yang berwenang atas pemeriksaan tersebut. Kemudian pengolahan data-data medis secara komputerisasi juga akan memudahkan semua pihak yang berwenang dalam hal ini petugas administrasi di suatu instansi pelayanan kesehatan dapat segera mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien selama pasien yang menjalani pengobatan di rumah sakit.

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 risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

3. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan, 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 (UU Praktik Kedokteran RI No.29 Tahun 2004 Pasal 46 ayat (1), Penjelasan).

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 di dalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan (Depkes, 2009).

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. Aspek Pendidikan Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi sesuai profesi pemakai.

5. Aspek Pendidikan

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

6. Aspek Dokumentasi

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

5. Isi Rekam Medis

Sebuah rekam medis harus mampu menyajikan informasi tentang pelayanan dan kesehatan di rumah sakit. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Rekam medis berisi tentang semua tindakan terhadap pasien baik pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Data pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit atau di sarana pelayanan kesehatan lainnya yang menyelenggarakan pengobatan kepada pasien, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis Pasal 3 ayat (1) tentang isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- e. diagnosis;
- f. rencana penatalaksanaan;
- g. pengobatan dan/atau tindakan;
- h. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
- j. persetujuan tindakan bila diperlukan.

Sedangkan untuk data laporan yang agregat, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/ MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit, data pelayanan kesehatan rawat jalan terdiri dari:

- a. Formulir RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan
- b. Formulir RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Penyebab Kecelakaan

- c. Formulir RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan
- d. Formulir RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan

6. Jenis Rekam Medis

Menurut Hanafiah dan Amir dalam bukunya yang berjudul Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan, di rumah sakit didapat 2 jenis rekam medis, yaitu:

- 1) Rekam medis pasien rawat jalan
- 2) Rekam medis pasien rawat inap

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia 2006 membagi 2 jenis rekam medis, yaitu:

- 1) Rekam Medis Konvensional
- 2) Rekam Medis Elektronik

7. Penyimpanan Rekam Medis

Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaan oleh dokter, dokter gigi dan pimpinan sarana kesehatan. Batas waktu lama penyimpanan menurut Peraturan Menteri Kesehatan paling lama 5 tahun dan resume rekam medis paling sedikit 25 tahun

Rekam medis disimpan menurut nomor registrasi pasien atau nomor rekam medis yang diurutkan berdasarkan nomor akhir (terminal digit), nomor tengah (middle digit) atau nomor langsung (straight numerical). Menurut Depkes RI (2006), berdasarkan lokasi penyimpanan berkas rekam medis, penyimpanan rekam medis dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Sentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara sentral yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat ke dalam suatu folder tempat penyimpanan.

2) Desentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara desentralisasi yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap pada folder tersendiri dan atau tempat tersendiri. Biasanya berkas rekam medis pasien rawat jalan dan rawat darurat disimpan pada rak penyimpanan berkas rekam medis di unit rekam medis atau di tempat pendaftaran rawat jalan. Sedangkan berkas rekam medis rawat inap disimpan di ruang penyimpanan lain, seperti di bangsal atau di unit rekam yang terpisah dari tempat penyimpanan rekam medis rawat jalannya.

2.1.3 Penyelenggaraan Rekam Medis

2.1.3.1 Penerimaan Pasien

A. Rawat Jalan

1. Pasien Baru

Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan. Setiap pasien baru diterima di tempat penerimaan pasien (TPP) dan akan diwawancarai oleh petugas guna mendapatkan informasi mengenai data identitas sosial pasien yang harus diisikan pada formulir ringkasan riwayat klinik. Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang akan digunakan sebagai kartu pengenal (kartu berobat). Yang harus dibawa pada setiap kunjungannya ke rumah sakit yang sama, baik sebagai pasien berobat jalan maupun sebagai pasien rawat inap. Data pada ringkasan riwayat klinik diantaranya berisi:

- a) Dokter penanggung jawab poliklinik
- b) Nomor pasien
- c) Alamat lengkap

- d) Tempat atau tanggal lahir
- e) Umur
- f) Jenis kelamin
- g) Status keluarga
- h) Agama
- i) Pekerjaan

Setelah selesai dalam proses pendaftaran pasien baru dipersilakan menunggu di poliklinik yang dituju dan petugas rekam medis mempersiapkan berkas rekam medis nya lalu dikirim ke poliklinik tujuan pasien. Setelah mendapat pelayanan yang cukup dari poliklinik, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien:

- a) Pasien boleh langsung pulang
- b) Pasien diberi slip perjanjian oleh petugas poliklinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan. Kepada pasien yang diminta datang kembali harus lapor kembali ke TPP
- c) Pasien dirujuk atau dikirim ke rumah sakit lain
- d) Pasien harus ke ruang perawatan Semua berkas medis pasien poliklinik yang telah selesai berobat harus kembali ke instalasi rekam medis kecuali pasien yang harus dirawat rekam medis nya akan dikirim ke ruang perawatan

2. Pasien Lama

Untuk pasien lama/pasien yang pernah datang berobat sebelumnya ke rumah sakit, maka pasien mendatangi tempat pendaftaran pasien lama atau ke tempat penerimaan pasien yang telah ditentukan. Pasien lama ini dapat dibedakan menjadi dua golongan yaitu:

- a) Pasien yang datang dengan perjanjian

- b) Pasien yang datang tidak dengan perjanjian atas kemauan sendiri.

Pasien perjanjian akan langsung menuju poliklinik yang dituju karena rekam medis nya telah disiapkan oleh petugas. Sedangkan untuk 17 pasien yang datang atas kemauan sendiri/bukan pasien perjanjian, harus menunggu sementara rekam medis nya diminta oleh petugas TPP ke instalasi rekam medis. Setelah berkas rekam medis nya ditemukan maka berkas rekam medis tersebut dikirim ke poliklinik oleh petugas, selanjutnya pasien akan mendapat pelayanan kesehatan di poliklinik dimaksud.

B. Rawat Inap

Penerimaan pasien rawat inap dinamakan TPP RI (admitting office). Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk dirawat di rumah sakit. Pasien yang memerlukan perawatan dapat dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

- 1) Pasien yang tidak urgen, penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan menambah penyakitnya
- 2) Pasien yang urgent, tetapi tidak gawat darurat dapat dimasukkan ke dalam daftar tunggu
- 3) Pasien gawat darurat (emergency), langsung dirawat untuk memperlancar tugas bagian lain yang erat hubungannya dengan proses penerimaan pasien, aturan penerimaan pasien perlu ditetapkan.

Aturan yang baik harus memenuhi hal-hal berikut:

- 1) Bagian penerimaan pasien bertanggung jawab sepenuhnya mengenai pencatatan seluruh informasi yang berkenaan dengan diterimanya seorang pasien di rumah sakit
- 2) Bagian penerimaan pasien harus segera memberitahukan bagian-bagian lain terutama bagian yang berkepentingan langsung, setelah diterimanya seorang pasien untuk dirawat

- 3) Semua bagian harus memberitahukan bagian penerimaan pasien apabila seorang pasien diizinkan meninggalkan rumah sakit
- 4) Membuat catatan yang lengkap tentang jumlah tempat tidur yang terpakai dan yang tersedia di seluruh rumah sakit.
- 5) Rekam medis yang lengkap terbaca dan seragam harus disimpan oleh semua bagian selama pasien dirawat
- 6) Instruksi yang jelas harus diketahui oleh setiap petugas yang bekerja dalam proses penerimaan dan pemulangan pasien

Jika pasien pernah berobat ke poliklinik atau pernah dirawat sebelumnya, maka pendaftaran rawat inap dapat mencari nomor rekam medisnya dan menghubungi instalasi rekam medis untuk meminta berkas rekam medis atas nama pasien tersebut. Jika belum, maka keluarga pasien mendaftar terlebih dahulu di TPP RI.

C. Rawat Darurat

Pasien datang ke tempat penerimaan pasien gawat darurat. TPP ini dibuka selama 24 jam. Berbeda dengan prosedur pelayanan pasien baru dan pasien lama yang biasa, di sini pasien ditolong terlebih dahulu baru penyelesaian administrasinya. Setelah mendapat layanan yang cukup, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien:

- 1) Pasien boleh langsung pulang
- 2) Pasien dirujuk atau dikirim ke rumah sakit lain
- 3) Pasien harus dirawat dengan persyaratan sebagai berikut:
 - a) Pasien yang sudah diseleksi dan membawa surat pengantar untuk dirawat dapat langsung dibawa ke ruangan perawatan atau ruang penampungan sementara sambil menunggu tempat tidur kosong dari ruang perawatan

- b) Jika pasien sudah sadar dan dapat diwawancarai, petugas pendaftaran rawat inap mendatangi pasien atau keluarga untuk mendapatkan identitas selengkapnya
- c) Sentral opname mengecek data identitas ke bagian rekam medis untuk mengetahui apakah pasien pernah dirawat atau berobat ke rumah sakit 19
- d) Bagi pasien yang pernah berobat/dirawat maka rekam medisnya segera dikirim ke ruang perawatan yang bersangkutan dan tetap memakai nomor yang telah dimiliki
- e) Bagi pasien yang belum pernah dirawat/berobat ke rumah sakit maka diberikan nomor rekam medis

2.1.3.2 Penyimpanan Berkas Rekam Medis di Ruang Filing

Filing adalah segala tindakan atau perbuatan atau kegiatan yang berhubungan dengan masalah pengumpulan, klasifikasi, penyimpanan, penempatan, pemeliharaan dan distribusi atas surat-surat, catatan-catatan, perhitungan-perhitungan, grafik-grafik, data ataupun informasi yang lain dan tindakan tersebut dilakukan dengan setepat-tepatnya dalam rangka melakukan suatu proses manajemen serta catatan maupun surat tersebut dapat ditentukan kembali dengan mudah.

Salah satu unit rekam medis menunjang dalam pelayanan rekam medis adalah ruang penyimpanan (*filing*) dimana dokumen rekam medis baik rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat disimpan. Cara penyimpanan berkas dalam penyelenggaraan rekam medis ada 2, yaitu:

1. Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat.

Kelebihan:

- a) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan berkas rekam medis
- b) Mengurangi jumlah biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan
- c) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan
- d) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan
- e) Mudah untuk menerapkan sistem unit record

Kekurangan

- a) Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap
- b) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam

2. Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisah antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap disimpan dengan tempat penyimpanan terpisah

Kelebihan:

- a) Efisiensi waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat
- b) Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan

Kekurangan:

- a) Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis
- b) Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak

Sistem penyimpanan rekam medis menurut nomor, dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Sistem nomor langsung (Straight Numerical *Filing System*)

Sistem penjajaran dengan penomoran langsung adalah suatu tindakan menjajar rekam medis di rak dengan merunut nomor rekam medis secara berkelanjutan. Sistem penyimpanan berdasarkan penomoran secara seri, unit maupun seri-unit dapat di jajar dengan sistem ini. Pada sistem ini, rekam medis di jajarurut seri nomor sebagai berikut:

108264

108265

108266

108267

Metode penjajaran ini mencerminkan tepat tatanan kronologis urut rekam medis sesuai saat penerbitannya. Kelebihan dari sistem ini adalah petugas pelayanan kesehatan akan mudah dilatih untuk memahami sistem penjajaran, kemudian petugas juga akan mudah untuk mendapatkan kembali rekam medis sesuai dengan keperluan reset urut waktu, dan mudah memilah rekam medis inaktif. Tetapi terdapat pula kekurangannya yaitu lebih mudah salah penjajaran karena petugas penjajaran harus memperhatikan seluruh nomor untuk menentukan letaknya dalam file. Kemudian, mudah salah mentranskrip nomor bila satu digit salah tulis, sebagai contoh: 1 ditulis untuk 7. Mudah salah pula dalam menulis nomor bila nomor ditulis terbalik sebagai contoh: 19435 ditulis 19453. Selain itu, dalam sistem penomoran langsung ini nomor yang besar adalah yang terbaru, oleh karenanya file aktif akan terkumpul padat pada satu areal file, dan sulit 29 memperkerjakan banyak petugas karena akan berjejal bekerja di satu lokasi file yang sama (congesti petugas).

2) Sistem angka akhir (Terminal Digit *Filing* System)

Sistem penjajaran dengan sistem angka akhir adalah suatu tindakan menjajar rekam medis di rak dengan berfokus pada:

- a) 2-digit terakhir yang disebut dengan “Primary Digit”.
- b) 2-digit yang di tengah yang disebut “Secondary Digit”
- c) 2-digit terdepan yang disebut “Tertiary Digit”

Pada terminal digit *filing* digunakan 6 digit atau lebih nomor dengan angka-angka pada nomor dikelompokkan dalam 3 bagian yakni:

Bagian I = Digit primer adalah 2 angka tepi paling kanan.

Bagian 2 = Digit sekunder adalah 2 angka yang di bagian tengah.

Bagian 3 = Digit tertier yang bisa dua atau lebih dari 2 angka tepi kiri.

Contoh: nomor 04 20 94 ditulis dengan cara: 04 - 20 - 94 tersier sekunder primer (tertiary digits) (secondary digits) (primary digits) Tatanan jajaran rekam medis dengan terminal digit *filing* adalah sebagai berikut:

00 – 02- 50	00- 03 -50	00 -04 -50
01 – 02- 50	01 - 03 -50	01 -04 -50
02 – 02- 50	02 - 03 -50	02 -04 -50
03 – 02- 50	03 - 03 -50	03 -04 -50

Kelebihan sistem angka akhir (terminal digit *filing*) diantaranya, rekam medis akan tersebar di 100 seksi, tidak akan terjadi kongesti petugas waktu kerja. Bila ada rekam medis baru ke 100 baru akan menambah file di jajaran seksi primer yang sama. Contoh: 00-00-01 sd 0001-00 (no 1-100) baru kembali ke seksi primer 01 untuk rekam medis ke 101 00- 01-01. Kemudian, petugas dapat ditentukan berdasarkan seksi yang menjadi tanggung jawabnya. Pekerjaan akan tersebar rata di antara petugas. Selain itu, kesalahan menjajar

akan berkurang. Sedangkan 30 kekurangan sistem angka akhir (terminal digit *filing*) yaitu lebih sulit dipelajari dibandingkan dengan sistem *alphabetic*.

3) Sistem angka tengah (Middle Digit *Filing* System)

Sistem penjajaran dengan sistem angka tengah adalah suatu tindakan menjajar rm di rak dengan berfokus pada:

- a) digit yang di tengah disebut dengan “primary digit” kemudian
- b) digit yang ter depan disebut” secondary digit” dan
- c) digit yang terakhir disebut “tertiary digit”

Pada middle digit *filing* digunakan 6-digit dan tidak bisa lebih dari 6 digit. Pada nomor dikelompokkan dalam 3 bagian, yaitu:

- a) Bagian I = Digit primer adalah 2 angka yang di bagian tengah
- b) Bagian 2 = Digit sekunder adalah 2 angka tepi kiri/bagian depan
- c) Bagian 3 = Digit tersier adalah dua dari 2 angka tepi paling kanan/bagian belakang

Contoh:

04	-	24	-	94
sekunder		primer		tertier
(Secondary		(Primary		(Tertiary
digits)		digits)		digits)

Kelebihan dari sistem ini sama dengan terminal digit *filing*, Konversi dari sistem penjajaran straight numerical ke sistem middle digit ini lebih mudah, berkas dapat ditransfer dengan blok terdiri dari 100 berkas. Contoh: berkas 01-24-

00 sd 01-24-99 penjajaran nya sama dengan nomor langsung, sehingga dapat diangkat diambil langsung 100 berkas. Selain itu, petugas dapat melakukan *filing* secara digit berpasangan. Kekurangannya, sama dengan *terminal digits filing*, lebih sulit dipelajari daripada terminal *digits filing* dan *straight numerical filing*, tidak ada distribusi yang merata, dalam rak file akan ada lowong-lowong 31 karena file lama diangkat untuk dipindah ke file inaktif, dan tidak efektif untuk penomoran lebih dari enam digits.

2.1.3.3 Pengambilan Rekam Medis (Retrieval)

Permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik, dari dokter yang melakukan riset, harus ditujukan ke bagian rekam medis setiap hari pada jam yang telah ditentukan. Poliklinik yang meminta rekam medis untuk melayani pasien perjanjian yang datang pada hari tertentu bertugas membuat (mengisi) "kartu peminjaman rekam medis". Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama penderita dan nomor rekam medis nya untuk permintaan langsung dari dokter dan bagian administrasi, surat permintaan dapat diisi langsung oleh petugas bagian rekam medis sendiri.

Tata cara pengambilan kembali rekam medis:

1) Pengeluaran Rekam Medis

Ketentuan pokok yang harus ditaati di tempat penyimpanan adalah:

- a) Rekam medis tidak boleh keluar dari ruang penyimpanan rekam medis tanpa tanda keluar atau kartu peminjaman rekam medis.
- b) Seorang yang menerima atau meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu. Dan harus dibuat ketentuan berapa lama jangka waktu peminjaman

berkas rekam medis atau rekam medis berada di luar ruang penyimpanan rekam medis.

- c) Rekam medis tidak dibenarkan berada di luar rumah sakit kecuali atas perintah pengadilan.
- d) Dokter-dokter atau pegawai pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis untuk dibawa ke ruang kerjanya selama jam kerja tetapi semua rekam medis harus dikembalikan ke ruang rekam medis pada akhir jam kerja.
- e) Jika beberapa rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut disimpan dalam tempat sementara di ruang rekam medis.
- f) Kemungkinan rekam medis dipergunakan oleh beberapa orang dan berpindah dari satu orang ke lain orang harus dilakukan dengan mengisi kartu pindah tangan karena dengan cara ini rekam medis tidak perlu bolak-balik dikirim ke bagian rekam medis. Kartu pindah tangan ini dikirimkan ke bagian rekam medis untuk diletakkan sebagai penunjuk keluarnya rekam medis

2) Petunjuk keluar (kartu pinjam/Tracer)

Petunjuk ke luar adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Dalam penggunaannya petunjuk ke luar ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat berkas rekam medis yang diambil /dikeluarkan dari rak penyimpanan. Kartu pinjam/petunjuk keluar tetap berada di rak file tersebut sampai berkas rekam medis yang diambil/ dipinjam kembali ke tempat semula

Petunjuk ke luar yang paling umum dipakai berbentuk kartu yang dilengkapi dengan kantong tempel tempat menyimpan surat pinjam. Kartu pinjam/ petunjuk keluar ini dapat diberi warna, yang maksudnya untuk

mempercepat petugas melihat tempat-tempat penyimpanan kembali berkas rekam medis yang bersangkutan

3) Kode warna untuk map atau sampul rekam medis

Kode warna dimaksudkan untuk memberi warna tertentu pada sampul rekam medis untuk mencegah keliru simpan dan memudahkan mencari berkas rekam medis yang salah simpan. Garis-garis warna dengan posisi yang berbeda-beda untuk setiap seksi penyimpanan rekam medis. Terputusnya kombinasi warna dalam satu seksi penyimpanan menunjukkan adanya kekeliruan penyimpanan berkas rekam medis.

Kode warna sangat efektif apabila dilaksanakan dengan sistem penyimpanan secara terminal digit atau middle digit. Cara yang sering digunakan adalah menggunakan 10 macam warna untuk 10 angka pertama dari 0 sampai 9

2.1.4 Keterlambatan Penyediaan

Pengertian keterlambatan menurut Ervianto (1998) adalah sebagai waktu pelaksanaan yang tidak dimanfaatkan sesuai dengan rencana kegiatan sehingga menyebabkan satu atau beberapa kegiatan mengikuti menjadi tertunda atau tidak diselesaikan tepat sesuai jadwal yang telah direncanakan.

Keterlambatan penyediaan dokumen rekam medis adalah penyelesaian suatu kegiatan suatu penyediaan dokumen rekam medis yang tidak tepat pada waktunya, sehingga melebihi ketentuan yang telah diatur dalam standar pelayanan minimal rumah sakit yakni 10 menit. Keterlambatan penyediaan dokumen rekam medis ini berhubungan dengan kegiatan yang ada di tempat pendaftaran pasien dan juga pada bagian *filing* suatu fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada Peraturan Menteri Kesehatan No: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dijelaskan bahwa, 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.

2.1.5 Proses Pelayanan DRM Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bertugas melayani pasien yang akan berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik di poliklinik. Proses pelayanan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi pendaftaran di loket, pemeriksaan dan pengobatan di ruang periksa, melakukan pemeriksaan penunjang bila diperlukan, pengambilan obat di apotek, serta pembayaran ke kasir lalu pasien pulang. Selain memberi pelayanan kesehatan, fasilitas pelayan kesehatan juga memberikan pelayanan administrasi. Salah satu bentuk administrasi yang diberikan berupa penyelenggaraan rekam medis. (Zahroh dan Indah, 2020)

1. Alur pasien rawat jalan



Gambar 2. 1 Alur Pasien Rawat Jalan

Alur pasien rawat jalan seperti yang dijelaskan pada gambar di atas, sebagai berikut:

- 1) Pasien menuju petugas untuk mendapatkan nomor antrian. Pasien yang datang bisa disebabkan oleh kemauan sendiri,

rujukan rumah sakit, rujukan dokter praktek, rujukan puskesmas atau instansi kesehatan lain.

- 2) Pasien menuju mesin antrian dan mengambil antrian pendaftaran.
- 3) Pasien melaksanakan pendaftaran dengan identifikasi petugas mengenai data pasien, apakah pasien tersebut pasien baru atau pasien lama. Bagi pasien baru, petugas akan meminta pasien atau keluarga untuk mengisi formulir pendaftaran. Formulir pasien baru akan dicek petugas dengan identitas lain (KTP/SIM/PASPOR/Lainnya). Selanjutnya petugas melakukan pengecekan pada dokumen lainnya jika pasien menggunakan asuransi kesehatan, kemudian registrasi sesuai klinik yang dituju. Pasien baru akan mendapatkan nomor rekam medis dan kartu berobat.
- 4) Pasien menuju klinik yang sesuai dengan pendaftaran dan menunggu panggilan antrian sesuai nomor antrian klinik.
- 5) Dokter melakukan pemeriksaan dan berkonsultasi dengan pasien.
- 6) Setelah pasien diperiksa dan berkonsultasi oleh dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa:
Sembuh, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter.
 - Jika pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan.
 - Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Untuk pendaftaran di klinik spesialis lainnya bisa dilakukan di hari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.

- Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat. (Wijaya dan Dewi, 2017)

2.1.6 Standar Operasional Prosedur (SOP)

2.1.6.1 Pengertian Standar Operasional Prosedur

Menurut Budihardjo, M (2014), Pada dasarnya SOP (Standard Operating Procedure) adalah suatu perangkat lunak pengatur, yang mengatur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentu. Oleh karena prosedur kerja yang dimaksud bersifat tetap, rutin, dan tidak berubah-ubah, prosedur kerja tersebut dilakukan menjadi dokumen tertulis yang disebut sebagai Standar Operating Procedure atau disingkat SOP. 41 Dokumen tertulis ini selanjutnya dijadikan standar bagi pelaksanaan prosedur kerja tertentu tersebut.

SOP atau standar operasional prosedur adalah dokumen yang berisi serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi perkantoran yang berisi cara melakukan pekerjaan, waktu pelaksanaan, tempat penyelenggaraan dan aktor yang berperan dalam kegiatan (Insani, 2010:1).

2.1.6.2 Tujuan dan Fungsi SOP

Tujuan pembuatan SOP adalah untuk menjelaskan perincian atau standar yang tetap mengenai aktivitas pekerjaan yang berulang-ulang yang diselenggarakan dalam suatu organisasi. SOP yang baik adalah SOP yang mampu menjadikan arus kerja yang lebih baik, menjadi panduan untuk karyawan baru, penghematan biaya, memudahkan pengawasan, serta mengakibatkan koordinasi yang baik antara bagian-bagian yang berlainan dalam perusahaan.

Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah sebagai berikut (Indah Puji, 2014:30):

- 1) Untuk menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kondisi tertentu dan lingkungan dalam melaksanakan sesuatu tugas atau pekerjaan tertentu.
- 2) Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, dan supervisor.
- 3) Untuk menghindari kegagalan atau kesalahan (dengan demikian menghindari dan mengurangi konflik), keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
- 4) Merupakan parameter untuk menilai mutu pelayanan.
- 5) Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif.
- 6) Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait.
- 7) Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan malpraktek dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas.
- 8) Sebagai dokumen yang digunakan untuk pelatihan.
- 9) Sebagai dokumen sejarah bila telah di buat revisi SOP yang baru.

Sedangkan fungsi SOP adalah sebagai berikut (Indah Puji, 2014:35):

- 1) Memperlancar tugas petugas/pegawai atau tim/unit kerja.
- 2) Sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan.
- 3) Mengetahui dengan jelas hambatan-hambatannya dan mudah dilacak.
- 4) Mengarahkan petugas/pegawai untuk sama-sama disiplin dalam bekerja.
- 5) Sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin.

2.1.6.3 Manfaat SOP

SOP atau yang sering disebut sebagai prosedur tetap adalah penetapan tertulis mengenai apa yang harus dilakukan, kapan, dimana

dan oleh siapa dan dibuat untuk menghindari terjadinya variasi dalam proses pelaksanaan kegiatan oleh pegawai yang akan mengganggu kinerja organisasi (instansi pemerintah) secara keseluruhan.

SOP memiliki manfaat bagi organisasi antara lain (Permenpan No.PER/21/PAN/11/2008):

- 1) Sebagai standarisasi cara yang dilakukan pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan khusus, mengurangi kesalahan dan kelalaian.
- 2) SOP membantu staf menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari.
- 3) Meningkatkan akuntabilitas dengan mendokumentasikan tanggung jawab khusus dalam melaksanakan tugas.
- 4) Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan pegawai. cara konkret untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan.
- 5) Menciptakan bahan-bahan training yang dapat membantu pegawai baru untuk cepat melakukan tugasnya.
- 6) Menunjukkan kinerja bahwa organisasi efisien dan dikelola dengan baik.
- 7) Menyediakan pedoman bagi setiap pegawai di unit pelayanan dalam melaksanakan pemberian pelayanan sehari-hari.
- 8) Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas pemberian pelayanan.
- 9) Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan prosedural dalam memberikan pelayanan. Menjamin proses pelayanan tetap berjalan dalam berbagai situasi.

2.1.6.4 Prinsip-Prinsip SOP

Dalam PERMENPAN PER/21/M-PAN/11/2008 disebutkan bahwa penyusunan SOP harus memenuhi prinsip-prinsip antara lain: kemudahan dan kejelasan, efisiensi dan efektivitas, keselarasan,

keterukuran, dimensi, berorientasi pada pengguna, kepatuhan hukum, dan kepastian hukum.

1. Konsisten.

SOP harus dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu, oleh siapapun, dan dalam kondisi apapun oleh seluruh jajaran organisasi pemerintahan.

2. Komitmen.

SOP harus dilaksanakan dengan komitmen penuh dari seluruh jajaran organisasi, dari level yang paling rendah dan tertinggi.

3. Perbaikan berkelanjutan.

Pelaksanaan SOP harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efisien dan efektif.

4. Mengikat

SOP harus mengikat pelaksana dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan.

5. Seluruh unsur memiliki peran penting.

Seluruh pegawai peran-peran tertentu dalam setiap prosedur yang distandarkan. Jika pegawai tertentu tidak melaksanakan perannya dengan baik, maka akan mengganggu keseluruhan proses, yang akhirnya juga berdampak pada proses penyelenggaraan pemerintahan.

6. Terdokumentasikan dengan baik.

Seluruh prosedur yang telah distandarkan harus didokumentasikan dengan baik, sehingga dapat selalu dijadikan referensi bagi setiap mereka yang memerlukan

2.1.7 Unsur manajemen 5M

Setiap organisasi harus memiliki unsur-unsur untuk membentuk sistem manajerial yang baik dan harmoni. Unsur-unsur ini kita sebut sebagai unsur manajemen. Peranan unsur-unsur ini terutama terkait dengan pelaksanaan fungsi manajemen, dimana bila salah satu di antaranya tidak ada atau tidak

berfungsi dengan baik, maka akan berdampak pada taraf pencapaian tujuan organisasi. Menurut (Hartini, dkk, 2021).

Unsur-Unsur Manajemen Menurut Harrington Emerson dalam Phiffner John F. dan Presthus Robert V. (1960) manajemen mempunyai lima unsur (5M), yaitu:

1. Man

Manusia merupakan unsur mutlak dan yang terpenting di dalam manajemen. Sebagai sumber tenaga kerja utama, manajemen tidak akan berjalan tanpanya. Dalam manajemen, manusia dibedakan menjadi dua golongan yaitu yang dipimpin dan yang memimpin. Dalam manajemen, unsur manusia ini adalah unsur yang paling menentukan keberhasilan organisasi. Manusia adalah yang menggerakkan roda organisasi dan dia berbeda dengan unsur-unsur lain. Ia memiliki peranan, pikiran, harapan, dan gagasan.

2. Money

Merupakan sarana terpenting setelah manusia, dimana dalam kegiatannya, dapat dipastikan mereka membutuhkan uang. Hampir semua tindakan dalam proses manajerial membutuhkan dukungan uang, dalam proses tindakan fungsi manajemen, diperlukan pembiayaan, yaitu biaya tetap dan biaya variabel. Oleh karena itu, uang merupakan alat yang digunakan untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional.

3. Materials

Bahan-bahan juga penting dalam manajemen. Bahan-bahan itu dapat berupa bahan mentah, bahan setengah jadi maupun bahan jadi.

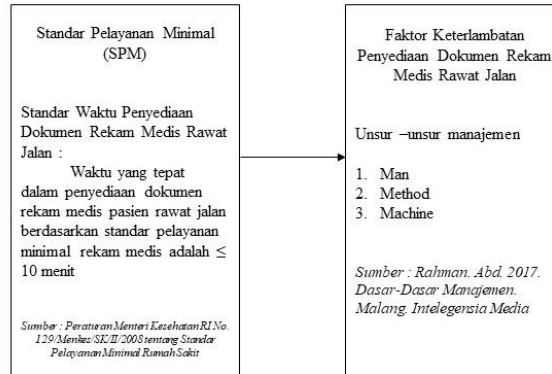
4. Machine

Perkembangan zaman semakin maju, hal ini menyebabkan penggunaan mesin semakin meningkat seiring dengan kemajuan teknologi. Penggunaan mesin biasanya dilakukan untuk mencapai efisiensi kerja dimana mesin-mesin itu dapat mempermudah, memperlancar, dan mempercepat proses kerja sehingga dapat membawa banyak keuntungan maksimal.

5. Method

Metode adalah cara pelaksanaan kerja. Metode kerja yang baik adalah yang sederhana, mudah, dan dapat mempercepat penyelesaian pekerjaan.

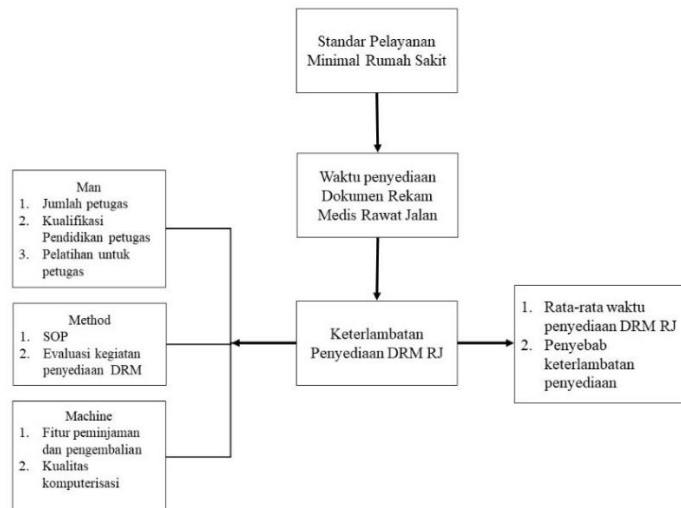
2.2 Kerangka Teori



Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Rahman. Abd. 2017. Dasar-Dasar Manajemen. Malang. Intelegensia Media

Gambar 2. 2 Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep Penelitian