

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Menurut Huffman EK menyampaikan batasan rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang di berikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang di peroleh serta informasi yang cukup untuk menemukenali (mengidentifikasi) pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta rekam hasilnya.⁽⁴⁾

Rekam medis adalah fakta tentang ciri-ciri dan kondisi pasien, permintaan diagnosis dan pengobatan, hasil pemeriksaan dan kemajuan yang dicapai dan persetujuan pasien atas tindakan-tindakan.⁽⁵⁾

2. Tujuan Rekam Medis

Tujuan utama rekam medis di rumah sakit adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa adanya dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sesuai yang diharapkan. Tertib administrasi merupakan salah satu factor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.⁽⁶⁻⁷⁾

B. Filing

Bagian *filing* adalah salah satu bagian dalam unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok :

1. Menyimpan DRM dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan penyimpanan DRM.

2. Mengambil kembali (retrive) DRM untuk berbagai keperluan.
3. Menyusutkan (meretensi) DRM sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan.
4. Memisahkan penyimpanan DRM in-aktif dari aktif.
5. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis.
6. Menyimpan DRM yang dilestarikan (diabadikan).
7. Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan rekam medis.

Fungsinya dalam pelayanan rekam medis yaitu sebagai :

1. Penyimpanan DRM.
2. Penyedia DRM untuk berbagai keperluan.
3. Perlindungan arsip-arsip DRM terhadap kerahasiaan isi data rekam medis .⁽³⁾

c. Pencegahan Salah Letak DRM (misfile)

Pencegahan salah letak dapat diminimalisir dengan pemberian kode warna. Pemberian kode warna dapat dilakukan pada metode penomoran angka akhir dan metode penomoran angka tengah, dengan cara member warna 2 angka kelompok terakhir untuk TDF (*Terminal Digit Filing*) dan kelompok tengah untuk MDF (*Middle Digit Filing*).

Kode warna yang dimaksud adalah setiap angka diberi tanda warna tertentu :

Tabel 2.1 Kode Warna DRM

Angka	Warna
1	Ungu
2	Kuning
3	Hijau tua
4	Oranye
5	Biru muda

6	Coklat
7	Kemerahan/magenta
8	Hijau muda
9	Merah
0	Biru tua

Sumber dari (Depkes RI, 1991 : 27).

D. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengelolaan Filling Rawat Jalan di Rumah Sakit Khusus Bedah Karima Utama Sukoharjo

1. *Man* (Manusia)

Faktor terpenting dari suatu pelaksanaan sistem untuk mencapai pelayanan kesehatan yang optimal adalah manusia. Dalam pengelolaan DRM sumber daya manusia adalah faktor yang sangat penting. Semua petugas harus mempunyai kesempatan untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan yang berguna untuk meningkatkan ilmu pengetahuan tentang rekam medis. Kejadian *missfiled* dan duplikasi DRM yang dapat terjadi akibat dari faktor manusia diantaranya :

- a. Tingkat pendidikan petugas, tingkat pendidikan petugas filling di RS Karima Utama Sukoharjo sangat berpengaruh terhadap tingkat kejadian
- b. Pengetahuan petugas rekam medis tentang pengelolaan rekam medis di RS Karima Utama Sukoharjo

2. *Money* (Uang)

Dana adalah salah satu hal yang paling berperan untuk mencapai pelaksanaan suatu sistem di rumah sakit agar terciptanya pelayanan yang baik dan cepat sesuai dengan yang diharapkan pasien. Apabila dana di rumah sakit tidak memenuhi

dalam pengadaan pendukung maka tingkat terjadinya *missfile* semakin tinggi. Begitu pula sebaliknya.

3. *Materials* (Sarana)

Bahan adalah suatu produk atau fasilitas yang digunakan untuk menunjang tujuan dalam pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan yang di butuhkan rumah sakit. Apabila bahan tidak memenuhi persyaratan maka tingkat kejadian *missfile* semakin tinggi.

4. *Method* (Metode)

Metode yang tepat dapat sangat membantu tugas tugas seorang petugas *filling*, sehingga akan lebih cepat dalam pelaksanaan sistem pelayanan yang ada di rumah sakit. Beberapa hal yang ada pada metode adalah :

- a. Sistem penyimpanan yang digunakan adalah sistem penyimpanan sentralisasi dan desentralisasi.
- b. Sistem penomoran yang digunakan adalah SNF (*Serial numberingsystem*), UNS (*Unit numberingsystem*), SUNS (*Serial unit numberingsystem*).
- c. Sistem penjajaran yang digunakan adalah SNF (*Straight numerical filling*), TDF (*Terminal digit filling*), MDF (*middle digit filling*).
- d. Dalam penyimpanan dokumen menggunakan kode warna atau tidak.
- e. Dalam ruang *filling* menggunakan tracer apa tidak.

5. *Machine* (Alat)

Alat yang digunakan manusia untuk melakukan sesuatu pekerjaan agar lebih cepat selesai dan sebagai penunjang pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit yang diantaranya adalah komputer (yang digunakan untuk membantu pencarian dokumen).⁽⁸⁾

E. Kegunaan Rekam Medis

Untuk lebih memudahkan atau manfaat, dari rekam medis sering disingkat menjadi ALFRED, yaitu :

1. **Administrative value (Adminitrasi)** : Rekam Medis merupakan rekaman data administrative pelayanan kesehatan.
2. **Legal value (Legal/Hukum)**: Rekam Medis dapat dijadikan bahan pembuka di pengadilan.
3. **Financial value (Dana/Uang)**: Rekam Medis dapat dijadikan dasar untuk perincian biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien.
4. **Research value (Penelitian)**: Data Rekam Medis dijadikan bahan untuk penelitian dalam lapangan kedokteran, keperawatan dan kesehatan.

Kegunaan Rekam Medis menurut Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI No. 78 tahun 1991, dapat digunakan sebagai :

- a. Sumber informasi dari pasien yang berobat ke rumah sakit untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
- b. Alat komunikasi antar dokter satu dengan yang lain, antara dokter dengan paramedik dalam usaha memberikan pelayanan pengobatan dan perawatan.
- c. Bukti tertulis tentang pelayanan yang telah diberikan rumah sakit dan keperluan lain.
- d. Alat untuk analisis, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit.
- e. Alat bukti hukum yang dapat melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokumen tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.
- f. Menyediakan data-data khusus untuk penelitian dan pendidikan.
- g. Perencanaan dan pemanfaatan sumber daya.

- h. Keperluan lain yang ada kaitanya dengan rekam medis.

Fungsi rekam medis adalah untuk menyimpan data dan informasi pelayanan pasien. Agar fungsi itu tercapai, beragam metode dikembangkan secara efektif seperti dengan melaksanakan ataupun mengembangkan sejumlah sistem, kebijakan, dan proses pengumpulan termasuk dengan penyimpanan secara mudah diakses disertai dengan keamanan baik.⁽⁹⁾

F. Mutu Pelayanan Kesehatan

Ketika pihak manajemen suatu organisasi mengerti defines mutu dari konsumen dan berniat untuk dimengerti sebagai produsen barang atau jasa yang bermutu, semua karyawan harus mengerti dan mengimplementasikan konsep bahwa :

1. Mutu harus direncanakan, dirancang dan dibangun kedalam suatu produk atau jasa yang mana mutu tidak dapat diinspeksikan produk atau jasa.
2. Mutu adalah mengenai pencegahan bukan mendeteksi kesalahan, oleh karena itu harus memulai dengan benar sejak tahapan awal dari suatu operasi bisnis untuk menjamin bahwa proses akan menambah nilai bukan biaya. Pencegahan akan melibatkan perencanaan, training, kalibrasi inspeksi/uji, control terhadap, ketidaksesuaian, audit mutu internal dan tindakan perbaikan.
3. Mutu adalah mengenai peningkatan yang berkelanjutan dan organisasi harus secara konstan menyadari adanya perubahan/ perkembangan baru dan peningkatan secara terus – menerus untuk memenuhi kebutuhan dan permintaan pelanggan yang selalu berubah.
4. Hanya dapat dijamin melalui perencanaan yang matang dan kerja keras dari seluruh staf di dalam organisasi.
5. Adalah tanggung jawab dari semua karyawan, tidak hanya staf mutu dan pimpinan, untuk mutu harus datang dari pihak manajemen puncak.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dilakukan dengan pendekatan sistem, artinya memperhatikan proses manajemen mutu sejak *input/struktur, proses, dan outcome*.

a. *Input* atau Struktur

“Karakteristik yang relative stabil dari penyedia pelayanan kesehatan, alat dan sumber daya yang dipergunakan, fisik dan pengaturan organisasi di lingkungan kerja. Konsep struktur termasuk manusia, fisik, dan sumber keuangan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan medis”. Struktur digunakan sebagai pengukur tidak langsung dari kualitas pelayanan. Hubungan antara struktur dan kualitas pelayanan adalah hal yang penting dalam merencanakan, mendesain, dan melaksanakan sistem yang dikehendaki untuk memberikan pelayanan kesehatan.

b. *Proses*

Beberapa pengertian tentang proses : interaksi professional antara pemberian pelayanan dengan konsumen (pasien/masyarakat). Suatu bentuk kegiatan yang berjalan dengan antara dokter dan pasien. Semua kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya yang mengadakan interaksi secara professional dengan pasiennya. Baik tidaknya pelaksanaan proses pelayanan di RS dapat diukur dari tiga aspek, yaitu relevansi proses itu bagi pasien, efektivitas prosesnya, dan kualitas transaksi asuhan terhadap pasien. Proses yaitu semua kegiatan sistem. Melalui proses akan mengubah input menjadi output. Perubahan/Transformasi berbagai masukan oleh kegiatan operasi/produksi menjadi keluaran yang berbentuk produk dan jasa.

c. *Output/Outcome*

Tentang *Output/Outcome*, Donabedian memberikan penjelasan bahwa *Outcome* secara tidak langsung dapat digunakan sebagai pendekatan untuk

menilai pelayanan kesehatan. Dalam menilai apakah hasilnya bermutu atau tidak, diukur dengan standar hasil (yang diharapkan) dari pelayanan medis yang telah ditelaah dikerjakan.

Mengukur mutu pelayanan kesehatan dimaksudkan untuk dapat menjawab pertanyaan – pertanyaan sebagai berikut :

- 1) Dapatkah mutu jasa pelayanan kesehatan diukur ?
- 2) Apanya yang diukur ?
- 3) Bagaimana mutu jasa pelayanan diukur ?

Untuk dapat memahami hal tersebut diatas perlu diketahui tentang pengertian indikator, kriteria dan standar.

- a) Indikator : Indikator adalah petunjuk atau tolak ukur. Contoh : petunjuk indikator atau tolak ukur status kesehatan antara lain adalah angka kematian ibu, angka kematian bayi, status gizi. Petunjuk atau indikator ini (angka kematian ibu) dapat diukur. Jadi indikator adalah fenomena yang dapat diukur. Indikator mutu asuhan kesehatan atau pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses dan *outcome*.
- b) Indikator struktur : Tenaga kesehatan profesional (dokter, paramedis, dan sebagainya). Anggaran biaya yang tersedia untuk operasional dan lain – lain. Perlengkapan dan peralatan kedokteran termasuk obat – obatan. Dan metode (adanya standar operasional prosedur masing – masing unit, dan sebagainya).
- c) Indikator proses : Memberikan petunjuk tentang pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, prosedur asuhan yang ditempuh oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya. Apakah telah sebagaimana

mestinya sesuai dengan prosedur, diagnose, pengobatan dan penanganan seperti yang seharusnya sesuai standar.

- d) Indikator *outcome* : Merupakan indikator hasil daripada keadaan sebelumnya, yaitu Input dan Proses seperti BOR, LOS, TOI dan indikator klinis lain seperti : Angka Kesembuhan Penyakit Angka Kematian 48 jam, Angka Infeksi Nosokomial, Komplikasi Perawatan, dan sebagainya.
- e) Kriteria : Indikator dispesifikasikan dalam berbagai criteria. Sebagai contoh : indikator status gizi dapat lebih dispesifikasikan lagi menjadi kriteria : tinggi badan, berat badan anak. Untuk pelayanan kesehatan kriteria ini adalah fenomena yang dapat dihitung.
- f) Standar : Selanjutnya setelah kriteria ditentukan dibuat standar – standar yang eksak dan dapat dihitung kuantitatif, yang biasanya mencakup hal - hal yang standar baik. Misalnya : panjang badan bayi baru lahir yang sehat rata – rata (standarnya) adalah 50 cm.
- g) Berat badan bayi baru lahir yang sehat standar adalah 3kg. Mutu asuhan kesehatan suatu organisasi pelayanan kesehatan dapat diukur dengan memperhatikan atau memantau dan menilai indikator, criteria, dan standar yang diasumsikan relevan dan berlaku sesuai dengan aspek – aspek struktur, proses, dan *outcome* dari organisasi pelayanan kesehatan tersebut.⁽¹⁰⁾

G. Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Sebelum menentukan sistem penyimpanan yang akan dipakai, perlu terlebih dahulu mengetahui bentuk penyimpanan yang diselenggarakan di dalam pengelolaan instalasi rekam medis.

Ada 2 cara penyimpanan berkas di dalam penyelenggaraan rekam medis yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi di artikan penyimpanan berkas rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan – catatan kunjungan poliklinik maupun catatan – catatan selama seorang dirawat. Penggunaan sistem ini memiliki kelebihan dan kekurangannya.

Kelebihannya :

- a. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan DRM
- b. Mengurangi jumlah biaya yang dikeluarkan untuk peralatan dan ruangan.
- c. Tata kerja dan pengaturan 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 rawat inap.
- b. Tempat penerimaan pasien harus bertenaga selama 24 jam.

2. Desentralisasi

Denan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap disimpan di tempat penyimpanan yang 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 panjang.

Secara teori cara sentralisasi lebih baik daripada desentralisasi, tetapi pada pelaksanaannya tergantung pada situasi dan kondisi masing – masing rumah sakit. Hal yang berkaitan dengan situasi dan kondisi tersebut antara lain :

- a. Karena terbatasnya tenaga yang terampil, khususnya yang menagani pengelolaan rekam medis.
- b. Kemampuan dana rumah sakit terutama rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah daerah.

Penggunaan sistem sentralisasi merupakan sistem yang paling tepat untuk dipilih mengingat pelayanan akan mudah diberikan kepada pasien.⁽¹¹⁾

H. Sistem Penomoran

Sistem pemberian nomor rekam medis dalam pengelolaan rekam medis yaitu tata cara penulisan dan pemberian nomor rekam medis yang diberikan kepada pasien yang datang berobat dan setiap formulir rekam medis serta folder rekam medis atas nama pasien yang bersangkutan.

Nomor rekam medis memiliki berbagai kegunaan atau tujuan yaitu:

1. Sebagai pedoman dalam tata cara pendaftaran pasien di *admission office*.
2. Sebagai petunjuk folder DRM pasien yang bersangkutan.
3. Sebagai pedoman dalam tata cara penyimpanan (penjajaran) DRM.
4. Sebagai petunjuk dalam pencarian DRM yang telah tersimpan di rak file.

Ada 3 sistem pemberian nomor rekam medis pasien untuk penderita masuk :

1. Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)

Pemberian nomor secara seri atau dikenal dengan *Serial Numbering System* adalah suatu sistem pemberian nomor rekam medis kepada setiap pasien yang datang berobat baik pasien yang baru datang maupun berobat ulang. Selain itu pemberian nomor rekam medis itu, dibuatkan pula dokumen rekam medis atas nama pasien tersebut.

Keuntungannya : bagi pasien yang mendaftar untuk berobat ulang (kunjungan berikutnya) akan lebih cepat dilayani karena pasien langsung memperoleh nomor rekam medis berikut DRMnya dan petugas tidak perlu mencari DRM lamanya. Selain itu, pasien tidak perlu membawa KIB serta petugas tidak perlu mencatat dan mengelola KIUP.

Kerugiannya sebagai berikut

- a. Terhadap Pasien yang pernah datang berobat, informasi medis yang tercatat di dalam dikumen rekam medis pada kunjungan yang lalu tidak dapat dibaca pada kunjungan berikutnya.
 - b. Terhadap penyimpanan DRM, sehubungan dengan setiap pasien yang datang berobat memperoleh DRM baru akibatnya tempat penyimpanan DRM akan cepat bertambah sehingga beban penyimpanan cepat penuh.
2. Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System*)

Pemberian nomor cara unit atau dikenal dengan *Unit Numbering System* adalah suatu sistem pemberian nomor rekam medis bagi pasien yang datang mendaftar untuk berobat dan nomor rekam medis tersebut akan tetap digunakan pada kunjungan berikutnya bila pasien datang mendaftar untuk berobat ulang. Untuk mempermudah pengertian, 1 pasien memperoleh nomor rekam medis dan DRM hanya 1 kali seumur hidup selama menjalankan pelayanan di sarana kesehatan yang bersangkutan.

Kelebihan pada *unit numbering system* adalah bagi pasien yaitu informasi yang dihasilkan hasil – hasil pelayanan medis dapat berkesinambungan dari waktu ke waktu dan dari tempat pelayanan lain karena semua data dan informasi mengenai pasien dan pelayanan diberikan terdapat dalam satu folder DRM.

Kekurangannya adalah pelayanan pendaftaran pasien yang pernah berkunjung berobat atau sebagai pasien lama akan lebih lama dibandingkan dengan cara *Serial Numbering System*.

3. Pemberian Nomor Cara Seri Unit (*Serial Unit Numbering System*)

Pemberian nomor cara seri unit atau dikenal dengan *Serial Unit Numbering System* adalah suatu sistem pemberian nomor tengah dengan menggabungkan sistem seri dan sistem unit, yaitu setiap pasien datang berkunjung untuk mendaftar berobat diberikan nomor rekam medis baru dengan DRM baru.

Kelebihan dari sistem ini yaitu pelayanan menjadi lebih cepat karena tidak memilah antara pasien baru atau lama semua pasien yang datang seolah-olah dianggap sebagai pasien baru.

Kekurangannya yaitu :

- a. Petugas menjadi lebih repot setelah selesai pelayanan.
- b. Informasi medis pada saat pelayanan dilakukan tidak ada kesinambungan (kesinambungannya terjadi pada pelayanan berikutnya lagi).⁽¹²⁾

I. Sistem Penjajaran Rekam Medis

1. Sistem Angka Akhir (*Terminal Digit Filing System*)

Dalam sistem angka akhir, file tersebut terbagi menjadi 100 bagian utama, dimulai dengan 00 akhir diakhiri dengan 99. Untuk itu pertama kita ke bagian rekam medis yang berkaitan dengan digit utama dalam jumlah pasien yang terlihat pada bagian rekam medis yang cocok dengan angka sekunder dalam jumlah. Maka file catatan numerik sesuai dengan digit.⁽¹⁷⁾

60

60

60

Angka Ketiga

Angka Kedua

Angka Pertama

Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka – angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke daerah rak penyimpanan untuk kelompok angka – angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini rekam medis – rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medis disimpan di dalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor – nomor pada kelompok angka ketiga (*tertiary digits*) yang selalu berlainan.

Sistem penomoran dengan menggunakan angka kahir lebih banyak dipilih karena secara umum dipakai lebih mudah, efektif dan efisien.

Lihat contoh berikut ini :

46-52-02	98-05-26	98-99-30
47-52-02	99-05-26	99-99-30
48-52-02	00-06-26	00-00-31
49-52-02	01-06-26	01-00-31

Banyaknya keuntungan dan kebaikan daripada sistem penyimpanan angka seperti ini :

- c. Pertambahan jumlah rekam medis selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok (bagian atau wilayah) di dalam rak penyimpanan. Petugas – petugas penyimpanan tidak akan terpaksa berdesak – desakan disatu tempat (bagian atau wilayah). Di mana rekam medis harus di simpan di rak.
- d. Petugas – petugas dapat diserahi tanggung jawab unukk sejumlah section tertentu, misalnya ada empat petugas masing – masing diserahi : bagian 00-24, bagian 25-49, bagian 50-74, bagian 75-99.

- e. Pekerjaan terbagi rata mengingat setiap petugas rata – rata mengerjakan jumlah rekam medis yang hampir sama setiap harinya untuk setiap bagian.
- f. Rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari rak penyimpanan dari setiap section, dapat saat ditambahkan rekam medis baru di bagian tersebut.
- g. Jumlah rekam medis untuk tiap – tiap section terkontrol dan bisa di hindarkan timbulnya rak – rak kosong.
- h. Dengan terkontrolnya jumlah rekam medis, membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (jumlah rak).
- i. Kekeliruan penyimpanan atau (*missfile*) dapat dicegah, karena petugas penyimpanan hanya memperhatikan dua angka saja dalam memasukkan rekam medis ke dalam rak, sehingga jarang terjadi kekeliruan membaca angka.

2. Sistem Angka Tengah (*Midle Digit Filing System*)

Sistem angka tengah menggunakan enam digit, di mana tiga nomor bagian yang sama dengan pengajuan terminal digit. Perbedaannya adalah dalam posisiprimer, sekunder, dan tersier. Pasangan sistem angka terakhir adalah yang utama, pasangan kiri sekunder dan tersier pasangan kanan.

Misalkan :

04	89	23
Sekunder	primer	tersier

Lihat contoh di bawah ini :

58-78-98	99-78-96
58-78-97	99-78-97
58-78-98	99-78-98
58-78-99	99-78-99

59-78-00	00-79-00
59-78-01	00-79-00

Pada contoh ini melihat bahwa kelompok 100 buah rekam medis (58-78-00 sampai dengan 58-78-99) berada dalam urutan langsung.

Beberapa keuntungan dan kebaikan sistem ini :

- a. Memudahkan pengambilan 100 buah rekam medis yang nomornya berurutan.
- b. Penggantian dari sistem nomor langsung ke sistem angka tengah lebih mudah daripada penggantian sistem angka langsung ke sistem angka akhir.
- c. Kelompok 10 buah rekam medis yang nomornya berurutan, pada sistem nomor langsung adalah sama persis dengan kelompok 100 buah rekam medis untuk sistem angka tengah.
- d. Dalam sistem angka tengah penyebaran nomor telah merata pada rak penyimpanan, jika dibandingkan dengan sistem nomor langsung, tetapi masih tidak sama sistem angka akhir.
- e. Petugas – petugas penyimpanan, dapat dibagi untuk petugas pada sesi penyimpanan tertentu, dengan demikian kekeliruan penyimpanan dapat dicegah.

Beberapa kekurangan sistem penyimpanan angka tengah adalah :

- a. Memerlukan latihan dan bimbingan yang lebih lama.
- b. Sistem angka tengah tidak dapat dipergunakan dengan baik untuk nomor – nomor yang lebih dari angka.

3. Sistem Angka Langsung (*Straight Numerical Filing System*)

Bentuk yang paling sederhana yaitu sistem angka langsung. Setiap nomor diajukan berurutan tergantung pada nomor yang ditetapkan.⁽¹⁶⁾ Urutan dalam sistem angka langsung yaitu sebagai berikut : 46-50-23, 46-50-24, 46-50-25

Dengan demikian sangatlah mudah sekaligus mengambil 50 buah rekam medis dengan nomor yang berurutan dari rak pada waktu yang diminta untuk keperluan pendidikan, maupun pengambilan rekam medis yang tidak aktif.

Mungkin satu hal yang memungkinkan dari sistem ini adalah mudahnya melatih tugas – tugas yang harus melaksanakan pekerjaan penyimpanan tersebut. Namun sistem ini mempunyai kelemahan – kelemahan yang tidak dapat dihindarkan.⁽¹³⁾

J. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia adalah seluruh kemampuan atau potensi penduduk yang berada didalam suatu wilayah tertentu beserta karakteristik ataupun cirri demografis, social maupun ekonominya yang dapat dimanfaatkan untuk keperluan pembangunan. Jadi membahas sumber daya manusia berarti membahas penduduk dengan segala potensi atau kemampuannya.⁽¹⁴⁾

K. Sarana

Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud atau tujuan. Sarana juga sebagai alat penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan didalam publik, karena apabila dilakukan tidak tersedia akan mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana.⁽¹⁵⁾

L. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar operasional prosedur adalah pedoman standar operasinal dalam mengimplementasikan keputusan dalam suatu tindakan yang terstruktur dan dapat dipertanggungjawabkan. Monitoring dan evalusai berfungsi untuk selalu memonitori dan mengevaluasi kualitas, kelancaran operasional dan pemanfaatan dari komponen siklus. Melalui monitoring dan evaluasi diharapkan dinamika proses dalam siklus dapat diikuti dan pemanfaatan sistem dapat optimal.⁽¹⁶⁾

M. Definisi Evaluasi

Evaluasi berdasar dari kata Evaluation (bahasa inggris). Kata tersebut di serap dalam pembendaharaan istilah bahasaindonesia dengan tujuan mempertaruhkan kata aslinya dengan sedikit penyesuaian lafal indonesia menjadi "Evaluasi". Evaluasi pada dasarnya adalah memberikan pertimbangan atau harga nilai berdasarkan kriteria tertentu untuk mendapatkan evaluasi yang menyakitkan dan objektif di mulai dari dari informasi-informasi kuantitatif dan kualitatif.

Menurut beberapa para ahli diantaranya adalah :

Menurut suchman yang di kutipo oleh arikunto bahwa memandang evaluasi sebagai sebuah proses menentukan hasil yang telah di capai beberapa kegiatan yang di rencanakan untuk mendukung tercapainya tujuan.

Menurut abdul basir evaluasi adalah proses pengumpulan data yang diskriptif, informatif, prediktif, di laksanakan secara sistematis dan bertahap untuk menentukan kebijaksanaan dalam usaha memperbaiki pendidikan.

Dari beberapa pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa evaluasi adalah proses kegiatan yang berkenaan dengan mengumoukan informasi tentang bekerjanya sesuatu, yang selanjutnya informai tersebut di gunakan untuk menentukan alternatif yang tepat dalam mengambil sebuah keputusan tentang bagaimana berbuat bak pada waktu-waktu mendatang sesuai dengan yang telah diencanakan. Perencanaan pada hkikatnya adalah keputusan atas sejumlah alternatif (pilihan) mengenai sasaran dan cara-cara yang akan di laksanakan di masa yang akan datang guna mencapai tujuan yang di kehendaki serta pemantauan dan penilaiannya atas hasil pelaksanaannya yang di lakukan secara sistematis dan beresinambungan.

Secara umum, pengertian evaluasi adalah suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan suatu standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih di antara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah dikerjakan itu bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh. Dalam pengertian yang lain, evaluasi adalah suatu proses yang sistematis untuk menentukan atau membuat keputusan, sampai sejauh mana tujuan program telah tercapai. Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Wrightstone, dkk (1956) yang mengemukakan bahwa pengertian evaluasi adalah penaksiran terhadap pertumbuhan dan kemajuan ke arah tujuan atau nilai-nilai yang telah ditetapkan.

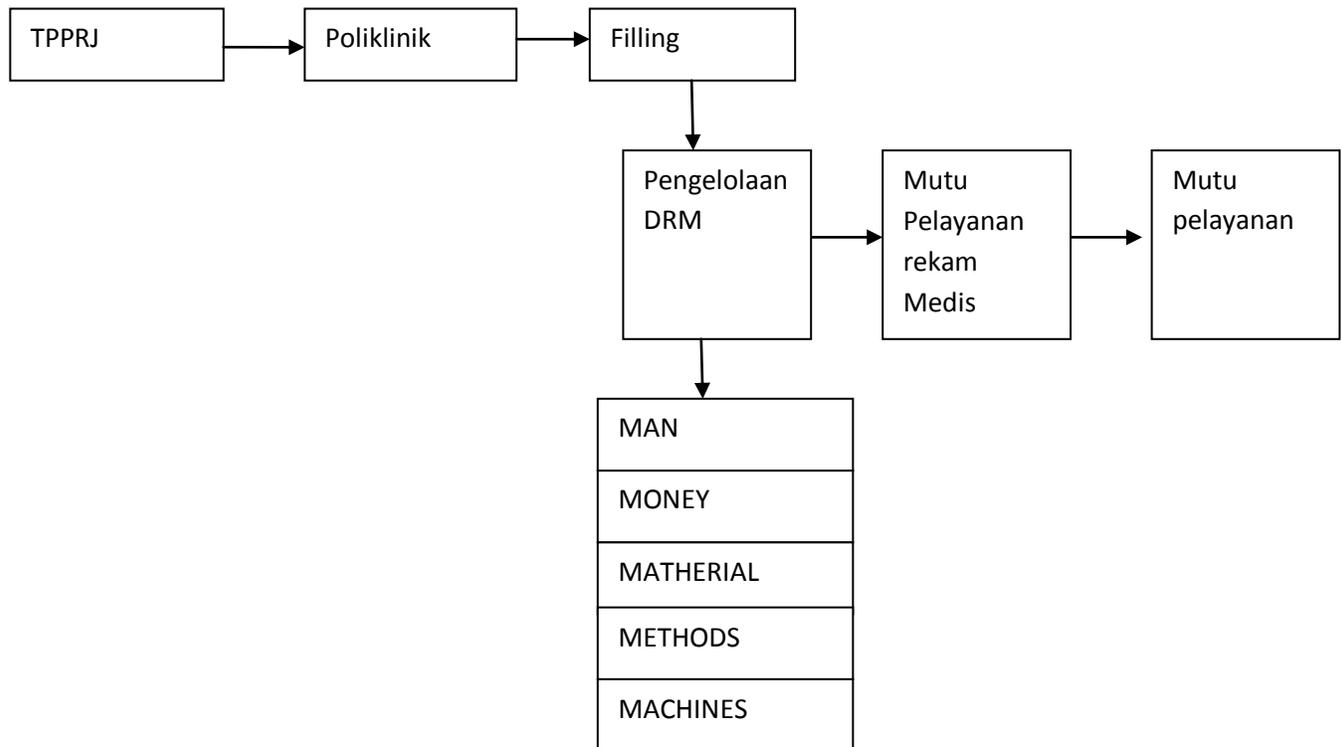
Evaluasi dapat juga diartikan sebagai proses menilai sesuatu yang didasarkan pada kriteria atau tujuan yang telah ditetapkan, yang selanjutnya diikuti dengan pengambilan keputusan atas obyek yang dievaluasi. Sebagai contoh evaluasi proyek, kriterianya adalah tujuan dan pembangunan proyek tersebut, apakah tercapai atau tidak, apakah sesuai dengan rencana atau tidak, jika tidak mengapa terjadi demikian, dan langkah-langkah apa yang perlu ditempuh selanjutnya. Hasil dari kegiatan evaluasi adalah bersifat kualitatif. Sudijono (1996) mengemukakan bahwa pengertian evaluasi adalah interpretasi atau penafsiran yang bersumber pada data kuantitatif, sedang data kuantitatif merupakan hasil dari pengukuran.

Proses evaluasi pada umumnya memiliki tahapan-tahapannya sendiri. Walaupun tidak selalu sama, tetapi yang lebih penting adalah bahwa prosesnya sejalan dengan fungsi evaluasi itu sendiri. Berikut ini dipaparkan salah satu tahapan evaluasi yang sifatnya umum digunakan.

- Menentukan apa yang akan dievaluasi. Dalam bidang apapun, apa saja yang dapat dievaluasi, dapat mengacu pada suatu program kerja. Di sana banyak terdapat aspek-aspek yang sekiranya dapat dan perlu dievaluasi. Tetapi, umumnya yang diprioritaskan untuk dievaluasi adalah hal-hal yang menjadi *key-success factors*-nya
- Merancang (desain) kegiatan evaluasi. Sebelum evaluasi dilakukan, harus ditentukan terlebih dahulu desain evaluasinya agar data apa saja yang dibutuhkan, tahapan-tahapan kerja apa saja yang dilalui, siapa saja yang akan dilibatkan, serta apa saja yang akan dihasilkan menjadi jelas.
- Pengumpulan data. Berdasarkan desain yang telah disiapkan, pengumpulan data dapat dilakukan secara efektif dan efisien, yaitu sesuai dengan kaidah-kaidah ilmiah yang berlaku dan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan.
- Pengolahan dan analisis data. Setelah data terkumpul, data tersebut diolah untuk dikelompokkan agar mudah dianalisis dengan menggunakan alat-alat analisis yang sesuai, sehingga dapat menghasilkan fakta yang dapat dipercaya. Selanjutnya, dibandingkan antara Fakta dan harapan/rencana untuk menghasilkan gap. Besar gap akan disesuaikan dengan tolok ukur tertentu sebagai hasil evaluasinya.
- Pelaporan hasil evaluasi. Agar hasil evaluasi dapat dimanfaatkan bagi pihak-pihak yang berkepentingan, hendaknya hasil evaluasi didokumentasikan secara tertulis.⁽²¹⁾

N. Kerangka Teori

Kerangka Teori



Gambar 2.1

Sumber : modifikasi antara teori Syahu Sugian O dalam bukunya Kamus Manajemen Mutu dengan teori George R. Terry dalam bukunya *Principle of Management* dan Hatta, Gemala R. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana pelayanan kesehatan.