

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit.**

##### **2.1.1 Fungsi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang No 44 Tahun 2009, Tentang Rumah Sakit. Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dalam pasal 5 di nyatakan bahwa rumah sakit memiliki fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan dan;
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penampisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan

5. kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

### **2.1.2 Definisi Rawat Inap**

Unit rawat inap atau instalasi rawat inap merupakan inti kegiatan (*cor business*) rumah sakit yang berfungsi memberikan pelayanan pasien satu hari atau lebih dengan berbagai jenis didalam suatu ruangan dengan kelas perawatan yang berbeda. Perbedaan ruangan dengan kelas tidak menunjukkan perbedaan mutu pelayanan namun semata-mata pada jenis dan tarif pelayanan. (Kristina and Maulana, 2015).

Menurut (Kristina and Maulana, 2015). Unit rawat inap merupakan unit yang paling banyak menghasilkan informasi dan paling banyak menggunakan formulir rekam medis. Setiap jenis pelayanan dapat berbeda jenis dan isi formulir sesuai dengan kebutuhan informasi medis dan keperawatan. Oleh sebab itu catatan penggunaan formulir menjadi sangat penting artinya agar efisien dapat dijaga

### **2.1.3 Penyelenggaraan Praktik Kedokteran**

Menurut Undang-Undang RI No 29 Tahun 2004 (UU RI No 29, 2004), Tentang Praktik Kedokteran, telah di sebutkan bahwa:

1. Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis
2. Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.

3. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan

## **2.2 Rekam Medis**

### **2.2.1 Tujuan dan kegunaan rekam medis**

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2006:13-15) Tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Mengatakan bahwa:

1. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengolahan 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.

2. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan Rekam Medis dapat di lihat dari beberapa Aspek yaitu:

- a. Aspek Administrasi

Rekam Medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab mengenai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

- b. Aspek Medis

Rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan.

c. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan keadilan.

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

e. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologi dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.

g. 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.

### **2.2.2 Definisi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan**

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Menkes R.I, 2008) Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, menyatakan bahwa:

“Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sehingga memiliki kompetensi yang diakui oleh pemerintah dan profesi serta mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh untuk melakukan kegiatan pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pada unit pelayanan kesehatan”.

### **2.3 Peminjaman Berkas Rekam Medis**

Berdasarkan ketentuan yang ada peminjaman berkas rekam medis merujuk kepada Permenkes nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis, bahwa yang berhak untuk meminjam berkas rekam medis adalah Dokter dan Petugas kesehatan lain yang merawat pasien tersebut.

Menurut (A Green Michelle and Jo Bowie Mary, 2009) peminjaman berkas rekam medis tersebut dibagi menjadi 2 bagian yaitu peminjaman rutin dan tidak rutin. Peminjaman rutin adalah peminjaman berkas rekam medis pasien

dilayanan yang telah di jadwalkan. Sedangkan peminjaman tidak rutin adalah peminjaman berkas rekam medis yang di perlukan untuk layanan yang tidak di jadwalkan. Ketentuann mengenai peminjaman ini dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Semua berkas rekam medis yang keluar dari ruangan rekam medis wajib dicatat pada *tracer*.
2. Semua berkas rekam medis rawat jalan harus kembali dalam waktu 1 x 24 jam, diluar ketentuan tersebut perawat/dokter yang masih membutuhkan rekam medis, wajib memberitahu kepada petugas rekam medis pada rawat jalan.
3. Berkas rekam medis rawat inap harus dikembalikan ke unit rekam medis 2 x 24 jam setelah pasien pulang.
4. Peminjaman rekam medis untuk keperluan riset, penelitian dilakukan di unit rekam medic.

Untuk pihak yang berhak meminjam DRM pasien adalah:

1. Pihak yang bertanggung jawab langsung terhadap pasien-para tenaga kesehatan (dokter, paramedis, fisioterapis dll)
2. Pihak yang tidak bertanggung jawab langsung terhadap pasien yang diberi wewenang untuk menggunakan RM (petugas RM, staf medis)
3. Pihak ketiga diluar RS yang tidak langsung bertanggung jawab terhadap pasien (asuransi, peneliti, polisi dll)

Setelah di lakukannya peminjaman berkas rekam medis seorang yang menerima/meminjam berkewajiban untuk menjaga dalam keadaan baik hingga diserahkan kembali kepada petugas rekam medis.

#### **2.4 Standart Pengembalian Berkas Rekam Medis**

Standar untuk pengembalian berkas rekam medis yang tepat waktu yaitu satu kali dua puluh empat jam untuk rawat jalan sedangkan untuk rawat inap paling lama adalah dua kali dua puluh empat jam setelah pasien dinyatakan pulang oleh dokter yang merawat. Waktu satu hari adalah waktu yang paling maksimal untuk pengembalian berkas rekam medis yang telah terisi kembali ke rak rekam medis. Lazimnya informasi yang terdapat di dalamnya adalah identitas pasien, diagnose awal dan akhir, operasi yang dilakukan, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, perkembangan perawatan dan komplikasi, keadaan pasien saat keluar, prognosa, serta autentikasi berupa tanggal, nama dan tanda tangan dokter yang merawat.

Menurut (Kamil *et al.*, 2020), Menyatakan bahwa: “Pendidikan dan pelatihan petugas yang kurang mengenai ilmu rekam medis mengakibatkan petugas yang ada tidak memahami ilmu terkait rekam medis.” Agar hal itu tidak sering terjadi maka di perluka juga sosialisasi kembali mengenai keterlambatan pengembalian rekam medis, sosialisasi sendiri adalah proses yang dialami seseorang untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peraturan yang ada agar dapat berpartisipasi sebagai anggota dalam kelompok tersebut agar dapat berjalan sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan oleh organisasi tersebut. Oleh sebab itu dokter wajib disiplin dalam pengisian dokumen rekam medis dan

juga pengembalian rekam medis agar tidak terjadi keterlambatan dalam pengembalian berkas rekam medis dan juga keterlambatan dalam pengelolaan data pasien yang telah dirawat.

## **2.5 Sistem Penyimpanan Rekam Medis**

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2006:80) Tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia. Ada 2 cara penyimpanan berkas di dalam penyelenggaraan Rekam Medis, yaitu:

### **1. Sentralisasi**

Sentralisasi diartikan penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat. Penggunaan sistem sentralisasi memiliki beberapa kebaikan juga ada kekurangannya.

Kebaikannya:

- a. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan berkas rekam medis.
- b. Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan 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.

Kekurangannya:

- a. Petugas jadi lebih sibuk , Karena harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap.
- b. Tempat penerimaan pasien harus bertugas 24 Jam.

## 2. Desentralisasi

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

Kebaikannya:

- a. Efisien waktu, sehingga pasien mendapatkan pelayanan lebih cepat.
- b. Beban kerja yang dilaksanakan oleh petugas lebih ringan.

Kekurangannya:

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

Secara teori cara sentralisasi lebih baik dari pada desentralisasi, tetapi pada pelaksanaannya tergantung pada situasi dan kondisi masing-masing rumah sakit.

## 2.6 Penyimpanann Rekam Medis (*Filing*)

### 2.6.1 Pengertian *Filing*

*Filing* adalah salah satu bagian dari unit rekam medis yang bertugas dalam menyimpan dokumen rekam medis, menyediakan dokumen rekam medis, meretensi dokumen rekam medis dan membantu dalam pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis.

### **2.6.2 Tugas Pokok Petugas *Filing***

Menurut (Werdikesni, Pujihastuti and Rohmadi, 2008) Tugas pokok dari unit *filing* rekam medis di antara lain adalah:

1. Menyimpan dokumen rekam medis dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan dokumen rekam medis.
2. Mengambil kembali (*retrieval*) dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan.
3. Menyusutkan (meretensi) dokumen rekam medis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan.
4. Memisahkan penyimpanan dokumen rekam medis in aktif dari dokumen rekam medis aktif.
5. Membantu Nilai guna rekam medis.
6. Menyimpan dokumen rekam medis yang dilestarikan (diabadikan).
7. Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis.

### **2.6.3 Peran dan Fungsi Petugas *Filing***

Menurut (Werdikesni, Pujihastuti and Rohmadi, 2008) Peran dan Fungsi Petugas *Filing* Rekam Medis di antara lain sebagai berikut:

1. Menyimpan dokumen rekam medis Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Gawat Darurat.
2. Penyedia dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan.
3. Melindungi dokumen rekam medis dari kehilangan dan kerusakan terhadap penggunaan dokumen rekam medis oleh pihak yang tidak berwenang atas kerahsiaan isi dari data dokumen rekam medis.

4. Melindungi dokumen rekam medis terhadap bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi.

#### **2.6.4 Ketentuan Pokok di Ruang Penyimpanan**

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2006:92-93), tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Adapun ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan:

1. Rekam medis tidak boleh keluar dari ruang penyimpanan rekam medis, tanpa tanda keluar/kartu peminjaman rekam medis. Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang diluar rekam medis, tetapi juga bagi petugas rekam medis sendiri. Seorang yang menerima/meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Dan harus dibuat ketentuan berapa lama jangka waktu peminjaman berkas rekam medis, atau rekam medis berada diluar ruang penyimpanan rekam medis. Seharusnya setiap berkas rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap akhir hari kerja, sehingga dalam keadaan darurat staf rumah sakit dapat mencari informasi yang diperlukan.
2. Rekam medis tidak dibenarkan berada diluar rumah sakit, kecuali atas perintah peradilan
3. Dokter-dokter atau pegawai-pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis, untuk dibawa keruang kerjanya selama jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan ke ruang rekam medis pada akhir jam kerja.

4. Jika beberapa rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut disimpan dalam tempat sementara di ruang rekam medis.
5. 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 kebagian rekam medis. Kartu pindah tangan ini dikirimkan ke bagian rekam medis, untuk diletakkan sebagai petunjuk keluarnya rekam medis. Kartu pindah tangan tersebut berisi : tanggal, pindah tangan dari siapa, kepada siapa, untuk keperluan apa, dan digunakan oleh dokter siapa.

## **2.7 Sarana Penyimpanan Berkas Rekam Medis**

### **2.7.1 Alat Penyimpanan (RAK)**

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2006:88) tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia, alat penyimpanan rekam medis yang umum dipakai, antara lain:

1. Rak terbuka (*open self file unit*)
2. Lemari lima laci (*five-drawer file cabinet*).
3. *Roll O'Pack* (terdiri dari rak file statis dan dinamis).

### **2.7.2 Petunjuk Keluar (*Tracer*)**

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2006:93), tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia.

“Petunjuk keluar adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Dalam Penggunaannya petunjuk keluar 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 diambil (dipinjam) kembali ke tempat semula. Petunjuk keluar 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. Petunjuk keluar ini haruslah dibuat dari bahan (kertas) yang keras dan kuat.”

### **2.7.3 Kode Warna**

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes, 2006:93-94) tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia.

“Kode warna dimaksudkan untuk memberikan 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 setiapseksi penyimpanan 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 sepuluh angka pertama dari 0 sampai 9. Dua garis warna dalam posisi yang sama dapat dipakai sebagai pengenalan untuk pasangan angka yang merupakan angka pertama (*primary digit*). Dalam hal ini garis warna diatas untuk angka sebelah kiri dan garis warna dibawahnya untuk angka sebelah kanan.”

Kode warna berkas rekam medis menurut (Edna K. Huffman, 1999), dalam penentuan sistem kode warna berkas, umumnya yang di anjurkan untuk membatasi kode warna pada dua atau tiga angka. Hal ini untuk menjamin sistem yang sederhana dan mudah di pelajari oleh petugas. Berikut ini adalah warna-warna yang berhubungan dengan nomor-nomor primer dua digit dan nomor-nomor primer satu digit yang tersedia:

Tabel 2.1 Kode Warna BRM

Nomor Primer Dua Digit	Nomor Primer Satu Digit	Band Bewarna
00-09	0	<i>Purple</i> = Ungu
10-19	1	<i>Yellow</i> = Kuning
20-29	2	<i>Dark Green</i> = HJau tua
30-39	3	<i>Orange</i> = Oranye
40-49	4	<i>Light Blue</i> = Biru Muda
50-59	5	<i>Brown</i> = Coklat
60-69	6	<i>Cerise</i> = Kemerahan
70-79	7	<i>Light Green</i> = Hijau Muda
80-89	8	<i>Red</i> = Merah
90-99	9	<i>Dark Blue</i> = Biru Tua

Sumber: Buku Huffman, E.K 1999

## **2.8 Pengecekan Berkas Rekam Medis (*Assembling*)**

### **2.8.1 Pengertian *Assembling***

*Assembling* adalah kegiatan merakit berkas rekam medis pasien dengan menganalisis kelengkapan dari pengisian berkas rekam medis dan lembar form pada berkas yang harus ada pada rekam medis saat dilakukan saat pelayanan pengobatan.

### **2.8.2 Fungsi *Assembling***

1. Meneliti kelengkapan dari isi berkas rekam medis
2. Menyediakan lembar form catatan dan laporan baru yang diperlukan dalam pelayanan

### **2.8.3 Tugas Pokok *Assembling***

Tugas Pokok *Assembling* menurut (Handayani and Pujihastuti, 2017) adalah sebagai berikut:

1. Petugas menerima berkas rekam medis yang telah selesai dari ruangan segera dikembalikan ke instalasi rekam medis dengan menggunakan buku pengembalian.
2. Petugas memeriksa berkas rekam medis yang kembali dengan buku pengembalian (sesuai atau tidak).
3. Petugas memeriksa kelengkapan berkas rekam medis, termasuk keberadaan rontgennya.
4. Petugas memeriksa kebenaran nomor RM di berkas RM, sampul dan juga rontgen pasien.

5. Petugas memeriksa lembaran-lembaran berkas rekam medis melalui formulir *assembling*.
6. Apabila ada berkas rekam medis yang tidak lengkap, petugas wajib mengembalikan berkas rekam medis ke ruangan perawatan untuk dilengkapi.

## **2.9 Standart Prosedur Operasional (SPO)**

### **2.9.1 Pengertian SPO**

Berdasarkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012:15), Tentang panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, Menyebutkan bahwa “SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu”.

Menurut (Kamil *et al.*, 2020), Menyatakan bahwa: “Dengan adanya SPO tentu lebih memudahkan dalam pencapaian tujuan organisasi dan tentu tidak akan mengubah tata laksana pengelolaan rekam medis meskipun dilaksanakan oleh petugas baru.”

Dan dapat diartikan bahwa SPO ini adalah komponen terpenting di dalam suatu Perusahaan/ Rumah Sakit agar kegiatan yang ada di dalamnya dapat berjalan dengan sesuai apa yang telah ditetapkan oleh perusahaan atau rumah sakit tersebut.

### **2.9.2 Tujuan Penyusunan SPO**

Tujuan dari SPO adalah agar berbagai proses kerja rutin di suatu instansi tersebut dapat terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman,

dalam rangka untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

### **2.9.3 Manfaat SPO**

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aturan Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan (Permenpan RB RI, 2012), Manfaat dari SPO terdiri dari:

1. Standarisasi cara yang dilakukan aparatur dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugasnya.
2. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang aparatur atau pelaksana dalam melaksanakan tugas.
3. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individual aparatur dan organisasi secara keseluruhan.
4. Membantu aparatur menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari.
5. Meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas
6. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan aparatur cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan.
7. Memastikan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dapat berlangsung dalam berbagai situasi.

8. Menjamin konsentrasi pelayanan kepada masyarakat, baik dari sisi mutu, waktu, dan prosedur.
9. Memberikan informasi mengenai kualifikasi kompetensi yang harus dikuasai oleh aparatur dalam melaksanakan tugasnya.
10. Memberikan informasi bagi upaya peningkatan kompetensi aparatur.
11. Memberikan informasi mengenai beban tugas yang dipikul oleh seorang aparatur dalam melaksanakan tugasnya.
12. Sebagai instrumen yang dapat melindungi aparatur dari kemungkinan tuntutan hukum karena tuduhan melakukan penyimpangan.
13. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas.
14. Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan prosedural dalam memberikan pelayanan.
15. Membantu memberikan informasi yang diperlukan dalam penyusunan standar pelayanan, sehingga sekaligus dapat memberikan informasi bagi kinerja pelayanan.

#### **2.9.4 Isi SPO**

Berdasarkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012:18) Tentang penyusunan Dokumen Akreditasi. Isi dari SPO terdiri dari:

1. Pengertian

Berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.

2. Tujuan

Berisi tujuan dan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata Kunci: “Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan suatu tugas yang akan dicapai”.

### 3. Kebijakan

Berisi beberapa kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait

### 4. Prosedur

Bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.

### 5. Unit Terkait

Berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

## 2.9.5 Manajemen Unsur 5M

Menurut Emerson dalam (Dewi *et al.*, 2021) menyatakan bahwa komponen input, proses, dan output dari manajemen mempunyai lima unsur yaitu, *man, material, money, machine, methode*. Manajemen unsur 5M ini adalah istilah yang merujuk faktor utama yang dibutuhkan oleh suatu organisasi agar dapat beroperasi secara maksimal, Isi dari Manajemen unsur 5M ini adalah:

1. *Man* (Manusia), yaitu sumberdaya manusia yang ada di organisasi.
2. *Material* (Bahan Baku), yaitu bahan yang diperlukan di dalam organisasi.

3. *Money* (Uang), yaitu modal untuk pembiayaan seluruh kegiatan dalam perusahaan atau organisasi tersebut.
4. *Machine* (Mesin/Alat bantu), yaitu fasilitas/alat bantu penunjang dalam organisasi tersebut baik operasional maupun non operasional
5. *Method* (Metode/Prosedur), yaitu ssebagai panduan dalam pelaksanaan dari kegiatan organisasi tersebut.