

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit adalah bagian yang amat penting dari suatu sistem Kesehatan. Dalam jejaring kerja pelayanan Kesehatan, rumah sakit menjadi simpul utama yang berfungsi sebagai pusat rujukan. Rumah sakit adalah organisasi yang bersifat padat karya, padat modal, padat teknologi, dan padat keterampilan (soedarmono, 2000) Menurut WHO rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi Kesehatan dan organisasi sosial berfungsi mengadakan pelayanan Kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap melalui kegiatan pelayanan medis serta perawatan. Menurut *Departemen Kesehatan RI* (1998), pengertian rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Rumah sakit adalah pusat dimana pelayanan Kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan.
2. Rumah sakit adalah suatu alat organisasi yang terdiri dari tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien
3. Rumah sakit adalah dimana tempat orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan tenaga profesi Kesehatan lainnya diselenggarakan.
4. Rumah sakit adalah sarana upaya Kesehatan menyelenggarakan kegiatan

pelayanan Kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga Kesehatan dan penelitian

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Definisi Rekam Medis dalam berbagai kepustakaan dituliskan dalam berbagai pengertian, seperti dibawah ini:

1. Definisi Rekam Medis Menurut Edna K(1994)

Rekam Medis adalah berkas yang menyatakan siapa, apa, mengapa, dimana, kapan dan bagaimana pelayanan yang diperoleh seorang pasien selama dirawat atau menjalani pengobatan.

2. Definisi rekam medis menurut Depkes (1989)

Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, Hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang diterima pasien pada sarana Kesehatan, baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap.

3. Definisi rekam medis menurut Hatta (2010)

Rekam Medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi Kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan Kesehatan kepada pasien.

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan sistem rekam medis secara umum menurut Departemen Kesehatan RI Direktorat Jendral Pelayanan Medik (1997) adalah:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan, kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan., perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di Rumah Sakit atau Puskesmas.
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi, terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, Rumah Sakit atau puskesmas maupun dokter dan tenaga Kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data-data khusus yang berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
7. Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran medik pasien.
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

2.2.3 Fungsi Rekam Medis

Fungsi rekam medis dijelaskan berdasarkan tujuan rekam Medis diatas, yang dijelaskan sebagai berikut, yaitu sebagai:

- 1) Dasar pemeliharaan Kesehatan dan pengobatan pasien.
- 2) Bahan pembuktian dalam perkara umum
- 3) Bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan.

- 4) Dasar pembayaran biaya pelayanan Kesehatan.
- 5) Bahan untuk menyiapkan statistik Kesehatan.

2.3 Jaminan Kesehatan Nasional

2.3.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berdasarkan, Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI No.28 Tahun 2014 (2014) Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar Kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran dibayar oleh pemerintah. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial.

Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur pada Undang- Undang No. 24 Tahun 2011 Badan Penyelenggaraan Jaminan Nasional yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

2.4 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.4.1 Hak Dan Kewajiban Peserta BPJS

Menurut (fitri, 2016), hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan yaitu:

a. Hak Peserta :

1. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan
2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

b. Kewajiban Peserta

1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku
2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I
3. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan

2.4.2 Definisi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS adalah

badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. (BPJS,2011)

2.4.3 Fungsi, Tugas, Wewenang, Hak dan Kewajiban

Menurut (BPJS, 2011) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pasal 9, BPJS berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Untuk melaksanakan fungsinya BPJS bertugas untuk :

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- c. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
- d. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Dalam melaksanakan tugasnya BPJS berwenang untuk :

- a. Menagih pembayaran iuran
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka

panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.

- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja.
- g. yang tidak memenuhi kewajibannya
- h. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai
- i. ketidak patuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi
- j. kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan ; dan
- k. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka
- l. penyelenggaraan program jaminan sosial.

Dalam melaksanakan kewenangan BPJS berhak untuk :

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggara program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan / atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan

Dalam melaksanakan tugasnya BPJS berkewajiban untuk :

- a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta
- b. Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta
- c. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya
- d. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan Undang Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- e. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku
- f. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya
- g. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun
- h. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- i. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum
- j. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial ; dan
- k. Melaporkan pelaksanaan setiap program termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

2.5 Pelayanan Kesehatan

2.5.1 Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan

Menurut Peraturan Presiden RI No. 82 Pasal 47 Tahun 2018 pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi pelayanan kesehatan non spesialistik yang mencakup :
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pelayanan promotif dan preventif
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis,
 - d. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif
 - e. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
 - f. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
 - g. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis
2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup :
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialistik
 - d. Tindakan medis spesialistik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
 - e. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
 - f. Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis

- g. Rehabilitasi medis
- h. Pelayanan darah
- i. Pemulasaran jenazah peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan
- j. Pelayanan keluarga berencana
- k. Perawatan inap non intensif dan
- l. Perawatan inap di ruang intensif

3. Pelayanan ambulans darat atau air

- a. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan
- b. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan meliputi:
- c. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- d. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kecuali dalam keadaan darurat
- e. Pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau menjadi tanggungan Pemberi Kerja
- f. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat peserta

- g. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri
- h. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik
- i. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas
- j. Pelayanan meratakan gigi atau ortodonti
- k. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol
- l. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri
- m. Pengobatan komplementer, alternatif, dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan
- n. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen
- o. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik
- p. Perbekalan kesehatan rumah tangga
- q. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah
- r. Pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah
- s. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial
- t. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- u. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian

Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia

- v. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan atau u. Pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.

2.6 Verifikasi Dan Pengajuan Klaim

Klaim adalah pengajuan biaya pelayanan kesehatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Menurut (Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial no. 3, 2017) Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

2.7 Syarat-syarat pengajuan klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan panduan praktis verifikasi klaim (2014) menjelaskan bahwa kelengkapan berkas klaim yang akan diajukan pada pihak BPJS Kesehatan dan di verifikasi meliputi :

1. Rawat Jalan
 - a. Surat Eligibilitas Peserta
 - b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
 - c. Adanya jadwal pemberian obat khusus
 - d. Resep alat Kesehatan (jika diluar operasi)
 - e. Tanda terima alat Kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak)

2. Rawat Inap

Berkas pendukung lain yang diperlukan:

- a. Surat perintah Rawat Inap
- b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- c. Adanya jadwal pemberian obat khusus
- d. Resep alat Kesehatan (jika diluar operasi)
- e. Tanda terima alat Kesehatan (kacamata ,alat bantu dengar, alat bantu gerak)
- f. Berkas pendukung lain yang diperlukan
- g. Laporan operasi (jika diperlukan)

A. Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu surat eligibilitas peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam deteksi administrasi pelayanan adalah :

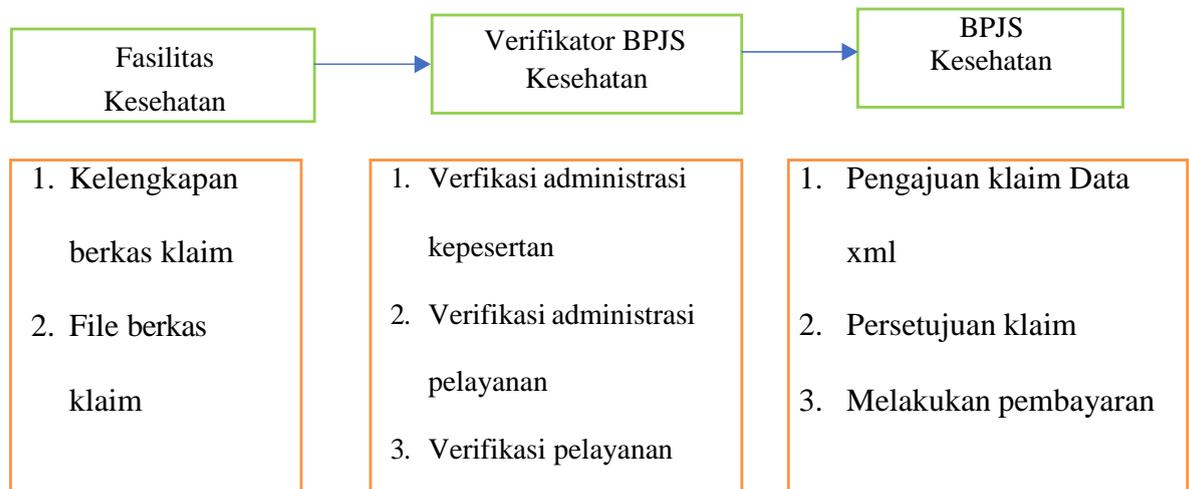
- a. Untuk kode INA CBGs *severity* level III dipastikan ada pengesahan dari komite medik.
- b. Kesesuaian spesialisasi DPJP dengan diagnosa
- c. Kesesuaian tindakan operasi dengan spesialisasi operator

- d. Kesesuaian antara tipe rumah sakit dan kompetensi dokter di Rumah Sakit tersebut
- e. Koding yang ditentukan kode tidak *unbundling*
- f. Adanya remisi untuk diagnosis penyakit yang sama

B. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yg harus menjadi perhatian adalah

- a. Tingkat keparahan *severity level* sesuai dengan tipe dan kompetensi RS
- b. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau softcopynya). Ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam Juknis INA CBGs.
- c. Kasus-kasus bayi baru lahir dengan BBLR, memastikan berat badan bayi kurang dari 2500 gram dengan resume medis dan apabila diperlukan melihat surat keterangan lahir
- d. Memastikan bayi baru lahir yang tidak memiliki masalah medis dari persalinan normal maupun menjadi satu bagian tagihan persalinan
- e. Perhatikan pasien Rawat Jalan dan dilanjutkan dengan Rawat Inap pada hari yang sama hanya bisa ditagihkan sebagai satu episode Rawat Inap



Gambar 2.7 Alur Verifikasi klaim BPJS Kesehatan

2.8 Pendekatan Sistem

2.8.1 Definisi Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem adalah upaya untuk melakukan pemecahan masalah yang dilakukan dengan melihat yang ada secara menyeluruh dan melakukan analisis secara sistem. Menurut Anwar (1996) sistem ialah satu kesatuan yang utuh diperkirakan berhubungan, serta satu sama lain saling mempengaruhi yang akan ditemukan dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Suatu sistem adalah merupakan suatu penggabungan, penyatuan dari dua atau lebih bagian-bagian, komponen-komponen, atau sub sistem-sub sistem yang interdependen dan ditandai oleh batas-batas yang jelas dari lingkungan sistemnya.

Suatu sistem adalah suatu tatanan yang terdiri dari beberapa (subsistem) yang berkaitan dan tergantung satu sama lain dalam upaya mencapai tujuan bersama. Dari ketiga pengertian sistem di atas dapat kita ambil suatu kesimpulan ada beberapa kata kunci yang perlu kita perhatikan dalam pengertian suatu sistem yaitu:

1. Kesatuan yang utuh / penggabungan / tatanan.
2. Terdiri dari sebagai faktor/bagian-bagian (subsistem).
3. Saling tergantung satu sama lain.
4. Dalam upaya mencapai tujuan.

A. Unsur-unsur atau komponen dasar sistem adalah :

1. *Input*: adalah kumpulan elemen/bagian yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.
2. *Proses*: adalah kumpulan elemen/bagian yang berfungsi mengubah masalah menjadi keluaran yang direncanakan.
3. *Output*: adalah kumpulan elemen/bagian yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
4. *Feedback*: (balikan) adalah kumpulan elemen/bagian yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

Untuk *Input* diperlukan *Resources* dan *output* dapat diperluas menjadi *impact*. Di luar komponen daerah terdapat lingkungan (ekonomi, sosial, budaya) yang mempengaruhi sistem tetapi tidak dapat dipengaruhi oleh situasi itu sendiri, dan para pelaksana sistem harus menyesuaikan diri dengan lingkungan apabila ingin berhasil dengan baik.

B. Ciri-ciri suatu sistem :

1. Mempunyai tujuan.
2. Mempunyai struktur
3. Terdapat mekanisme *input-proses-output* yang kadang-kadang disertai *feedback*.

4. Merupakan satu kesatuan usaha yang terdiri dari bagian-bagian yang saling bergantung satu sama lain.
5. Mempunyai batasan dengan lingkungan.
6. Mempunyai supra sistem.
7. Ada Hierarki
8. Ada sistem yang lain yaitu subsistem. Kita mengenal beberapa macam sistem yaitu:
 - a) Sistem yang statis dan tertutup.
 - b) Sistem yang dinamis dan tertutup.
 - c) Sistem yang statis dan terbuka.
 - d) Sistem yang dinamis dan terbuka.
 - e) Sistem yang dinamis dan terbuka dalam lingkungan yang berubah.

2.8.2 Langkah Pokok Pendekatan Sistem

Pendekatan Sistem adalah upaya untuk melakukan pemecahan masalah yang dilakukan dengan melihat masalah yang ada secara menyeluruh dan melakukan analisis secara sistem. Pendekatan sistem diperlukan apabila kita menghadapi suatu masalah yang kompleks sehingga diperlukan analisa terhadap permasalahan tadi, untuk memahami hubungan bagian dengan bagian lain dalam masalah tersebut, serta kaitan antara masalah tersebut dengan masalah lainnya.

Keuntungan yang diperoleh apabila pendekatan sistem ini dilaksanakan antara lain:

- a. Jenis dan jumlah masukan dapat diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan

sehingga penghamburan sumber, tata cara dan kesanggupan yang sifatnya terbatas akan dapat dihindari.

- b. Proses yang dilaksanakan dapat diarahkan untuk mencapai keluaran yang dilaksanakan kegiatan yang tidak diperlukan
- c. Keluaran yang dihasilkan dapat lebih optimal serta dapat diukur secara lebih cepat dan objektif.
- d. Umpan balik dapat diperoleh pada setiap tahap pelaksanaan program.

Jadi berbagai kemungkinan yang tersedia dapat diperhitungkan, sehingga tidak ada yang luput dari perhatian. Sekalipun demikian bukan berarti pendekatan sistem tidak mempunyai kelemahan, salah satu kelemahan yang penting adalah dapat terjebak dalam perhitungan yang terlalu rinci, sehingga menyulitkan pengambilan keputusan dan dengan demikian masalah yang dihadapi tidak akan dapat diselesaikan.

Dalam pendekatan sistem upaya pemecahan masalah secara menyeluruh dilakukan dengan analisa sistem. Ada banyak batasan tentang analisa sistem, beberapa di antaranya:

- 1) Analisa sistem adalah proses untuk menentukan hubungan yang ada dan relevansi antara beberapa komponen (subsistem) dari suatu sistem yang ada.
- 2) Analisa sistem adalah suatu cara kerja yang dengan mempergunakan fasilitas yang ada, dilakukan pengumpulan berbagai masalah yang dihadapi untuk kemudian dicarikan berbagai jalan keluarnya, lengkap dengan uraian, sehingga membantu administrator dalam mengambil

keputusan yang tepat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam suatu analisa sistem yang baik adalah :

1. Tentukan input dan output dasar dari sistem.
2. Tentukan proses yang dilakukan di tiap-tiap tahap
3. Rancang perbaikan sistem dan dilakukan pengujian dengan :
 - *Feasibility*: cari yang memungkinkan
 - *Viability*: kelangsungan
 - *Cost*: cari yang harganya murah/terjangkau
 - *Effectiveness*: dengan *input* yang sedikit *output* besar.
4. Buat rencana kerja dan penunjukan tenaga
5. Implementasikan dan penilaian terhadap sistem yang baru