

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di rumah sakit meliputi rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan pelayanan non medik (Depkes, 2002).

Rumah sakit merupakan bagian integral dari suatu organisasi sosial medik yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam hal pengobatan dan pencegahan penyakit. Di luar kegiatan itu rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga dan lingkungan sekitar, serta menjadi pusat latihan kesehatan dan penelitian biososial (WHO, 1979).

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 159b/MenKes/Per/II/1988 dijelaskan bahwa rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

2.2. Pengertian dan Mekanisme Rekam Medis

2.2.1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada

pasien pada sarana pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989).

Rekam medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut (Huffman, 1999).

Menurut Karjono (2005) pada jurnalnya yang berjudul “Kontroversi Aspek Hukum Elektronik Rekam Medis” menjelaskan bahwa Dokumen Rekam Medis (DRM) merupakan salah satu komponen arsip rumah sakit dan merupakan aset yang bernilai tinggi. Perkembangan manajemen rekam medis sebagai bagian dari *hospital by laws* di Indonesia telah memasuki babak baru dalam manajemen rumah sakit.

2.2.2. Pengelolaan Rekam Medis

Sudra (2006) menjelaskan bahwa pengelolaan rekam medis di rumah sakit biasanya dilakukan oleh Manajemen Rekam Medis. Selanjutnya, manajemen rekam medis telah berkembang menjadi manajemen informasi kesehatan dengan dukungan perkembangan teknologi. Rekam medis bukan lagi sekedar membuat ringkasan pasien keluar, laporan perkembangan, lembar perintah dokter, atau resume. Laporan langsung dari laboratorium dan farmasi, x-ray, fotografi, video, film, dan rekaman suara/audio juga merupakan bagian dari data klinis seorang pasien.

Semua informasi yang dihasilkan tentang seorang pasien dalam fasilitas kesehatan harus digolongkan sebagai bagian dari rekam medis. Manajemen informasi kesehatan tidak hanya mengumpulkan data pasien di fasilitas tersebut (misalnya rumah sakit), tetapi juga melindungi dan menjaga kerahasiaannya, melakukan interpretasi, dan menganalisanya untuk membuat keputusan. Jadi,

memadukan berbagai jenis data untuk membentuk rekam medis yang utuh merupakan tantangan baru.

Penggunaan rekam medis atau informasi kesehatan bervariasi mulai dari pelayanan kesehatan pasien dasar hingga akreditasi rumah sakit, dari kecenderungan peningkatan kualitas sampai riset medis dan pendidikan. Semua ini, dan pemanfaatan lain dari informasi kesehatan membutuhkan ketersediaan informasi yang lengkap dan terkini. Kenyataan bahwa data kesehatan saat ini dibuat dan dihasilkan dalam berbagai tipe media menjadikan tantangan bagi profesi informasi kesehatan.

Pengelolaan rekam medis di suatu rumah sakit harus dilaksanakan secara benar, karena dalam rekam medis terkandung nilai-nilai vital. Nilai-nilai yang terkandung dalam dokumen rekam medis, nilai-nilai tersebut dinamakan “ALFRED VALUES” tersebut diartikan sebagai berikut (Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, 1997):

1. Nilai Administrasi (*Administration Value*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Nilai Hukum (*Legal Value*)

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 tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

3. Nilai Keuangan (*Financial Value*)

Setiap pemeriksaan, baik pemeriksaan fisik oleh dokter, pemeriksaan penunjang medik (laboratorium, radiologi dan rehabilitasi medik), diagnostik dan pengobatan semuanya bernilai dengan biaya (*cost*) yang harus dikeluarkan demikian pula jasa pelayanan yang diberikan merupakan hak yang melekat pada dokter. Pendukung pembiayaan dan pembayaran tersebut merupakan nilai financial dalam dokumen rekam medis.

4. Nilai Penelitian (*Research Value*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan. Berbagai penelitian yang bersumber dari dokumen rekam medis dapat dilakukan dari berbagai bidang keilmuan administrasi, hukum, kedokteran, keuangan, keperawatan, gizi dan lain-lain.

5. Nilai Pendidikan (*Education Value*)

Pengertian nilai pendidikan berkaitan erat dengan penelitian oleh karena dari hasil penelitian mendidik untuk melakukan perubahan atau juga perbaikan kearah penyempurnaan pelayanan yang bermutu. Hasil penyempurnaan sistem pengisian rekam medis yang segera mendidik dokter melaksanakan kepatuhan mengisi rekam medis tepat waktu.

6. Aspek Dokumentasi (*Dokumentation Value*)

Dokumentasi rekam medis menjadi sumber ingatan yang senantiasa diperlukan. Pendokumentasian reka medis haruslah baik dan tepat sehingga mudah diperoleh kembali jika diperlukan.

2.2.3. Kekuatan Hukum Rekam Medis

Kemajuan teknologi informasi dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit untuk pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang terintegrasi. Tujuan utama SIMRS adalah efisiensi dan kecepatan pelayanan serta untuk pengambilan keputusan direksi, baik menyangkut keputusan terhadap pelayanan medik maupun keputusan terhadap masalah logistik, administrasi dan keuangan. Dokumen rekam medis (DRM) termasuk bagian penting sebagai arsip bukti tertulis telah dilakukan serangkaian tindakan medis dan pengobatan terhadap pasien (Karjono, 2005).

Kemajuan teknologi informasi utamanya di bidang komputerisasi telah melahirkan paradigma baru dalam manajemen informasi kesehatan termasuk di dalamnya manajemen rekam medis. Rekam medis yang baik merupakan arsip yang memiliki nilai informasi kesehatan dan nilai hukum sebagai *medico legal* yang dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Karjono, 2005).

Sementara itu Undang-undang yang mengatur aspek hukum "dunia maya" (*cyber law*) belum menjangkau rekam medis elektronik. Pada pasal 26A Undang-Undang RI nomor 20 tahun 2001 disebutkan bahwa alat bukti petunjuk tindak pidana korupsi dapat diperoleh dari dokumen elektronik.

Di Indonesia kebijakan terkait dengan penyelenggaran rekam medis elektronik dari pemerintah belum ada. Permenkes No.269/2008 sebagai pembaharuan dari Permenkes 749a/1989 yang berisi pengelolaan rekam medis di rumah sakit Indonesia belum mencantumkan bagaimana pengelolaan rekam medis secara elektronik. Kebijakan yang terbaru terkait dengan penerapan rekam medis

elektronik ini sebagai salah satu bentuk sistem informasi adalah mengacu pada Undang-Undang Informasi dan Transaksi Elektronik yang baru disahkan oleh Bapak Susilo Bambang Yudhoyono pada bulan Maret 2008 tepatnya pada pasal 15 yaitu :

1. Setiap penyelenggara sistem elektronik harus menyelenggarakan sistem elektronik secara andal dan aman serta bertanggung jawab terhadap beroperasinya sistem elektronik sebagaimana mestinya.
2. Penyelenggara sistem elektronik bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan sistem elektroniknya.
3. Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku dalam hal dapat dibuktikan terjadinya keadaan memaksa, kesalahan, dan/atau kelalaian pihak pengguna sistem elektronik.

Undang-Undang RI nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan tidak mengatur secara khusus mengenai rekam medis, padahal dokumen rekam medis sebagai arsip memiliki nilai strategis (arsip vital). Aspek hukum rekam medis sebagai barang bukti di pengadilan meliputi aspek formil dan materil. Beberapa segi hukum rekam medis dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Kepemilikan

DRM secara fisik milik institusi sarana pelayanan kesehatan, sedangkan secara isi menjadi milik pasien. Dengan demikian barang siapa yang ingin mengetahui isi DRM harus mendapatkan izin dan persetujuan dari pasien yang bersangkutan. Institusi/sarana pelayanan kesehatan wajib melindungi fisik DRM sebagai arsip.

b. Penyimpanan

Tata cara penyimpanan DRM harus memenuhi persyaratan pengelolaan arsip dinamis aktif maupun arsip inaktif. Rekam medis dapat dikategorikan sebagai arsip vital yang secara esensial menjamin kehidupan urusan yang masih diperlukan secara langsung, untuk penyelesaian suatu urusan bila ada kebocoran informasi ke pihak lain yang tidak berhak (sifat rahasia). Mengacu pada Surat Edaran Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : SE/06/M.PAN/03/2005 tanggal 9 Maret 2005 tentang program perlindungan, pengamanan dan penyelamatan dokumen arsip vital pemahaman rekam medis sebagai arsip vital kiranya perlu mendapat perhatian mengingat akhir-akhir ini tuntutan masyarakat terhadap institusi/sarana pelayanan kesehatan mengenai malpraktek maupun *medico legal* memberikan implikasi yang sangat luas dan peran DRM sebagai alat bukti di pengadilan sangat menentukan. Sedangkan penyimpanan rekam medis elektronik dalam media *harddisk*, CD-ROM, WORM, *microfilm*.

c. Cara pengisian dan perubahan

Cara konvensional pengisian rekam medis yang manual, di tulis merupakan bagian pekerjaan kearsipan. Dengan kemajuan teknologi informasi (komputerisasi) cara pengisian DRM dengan *data entry* pada aplikasi software DRM dimungkinkan untuk perubahan data yang sudah di-*entry*. Oleh sebab itu perubahan data yang sudah di-*entry* harus melalui pengamanan berjenjang sesuai dengan otorisasinya dengan menggunakan *password*. Hal ini perlu dijamin agar *akuntabilitas* data dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Perubahan isi DRM menyangkut pengurangan dan perbaikan isi, koreksi dan pandangan serta tindakan oleh sejawat

dokter lain. Perubahan ini dimungkinkan berdasarkan prosedur tetap yang telah disepakati bersama.

d. Isi

Isi DRM meliputi data karakteristik pasien (*vital statistic*), data riwayat perjalanan sakit, tindakan medik, pemberian pengobatan, dan ringkasan penyakit saat pasien pulang (*discharge summary*). Secara hukum isi DRM adalah milik pasien, oleh karena itu kerahasiaan isi DRM tidak boleh dibocorkan kepada pihak lain tanpa seizin pasien yang bersangkutan.

e. Penggunaan

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
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 maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
7. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.

8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

f. Rahasia kedokteran

Profesi kedokteran dan profesi perekam medis tunduk pada salah satu sumpahnya yaitu akan senantiasa menjaga kerahasiaan riwayat penyakit pasien yang tertera dalam DRM. Dengan sifatnya yang *confidential*/ rahasia inilah DRM dapat di kategorikan sebagai arsip vital.

g. Alat bukti dengan tulisan.

Salah satu landasan eksistensi DRM disamping tujuan kesehatan adalah untuk tujuan hukum. Dengan demikian DRM sebagai sarana untuk mencatat dan menyimpan data pasien.

2.2.4. Rekam Medis Elektronik

Sistem informasi rumah sakit yang berbasis komputer (*Computer Based Hospital Information System*) yang salah satunya adalah rekam medis elektronik memang sangat diperlukan untuk sebuah rumah sakit dalam era globalisasi, namun untuk membangun sistem informasi berbasis komputer yang terpadu memerlukan tenaga dan biaya yang cukup besar. Kebutuhan akan tenaga dan biaya yang besar tidak hanya dalam pengembangannya, namun juga dalam pemeliharaan sistemnya maupun dalam melakukan migrasi dari sistem yang lama pada sistem yang baru.

Selama manajemen rumah sakit belum menganggap bahwa informasi yang dihasilkan dari sistem tersebut adalah merupakan aset dari rumah sakit tersebut, maka kebutuhan biaya dan tenaga tersebut diatas dirasakan sebagai beban yang berat, bukan sebagai konsekuensi dari adanya kebutuhan akan informasi. Kalau informasi

telah menjadi aset rumah sakit, maka beban biaya untuk pengembangan, pemeliharaan maupun migrasi sistem berbasis komputer yang salah satunya adalah rekam medis berbasis elektronik ini sudah selayaknya masuk dalam kalkulasi biaya layanan kesehatan yang dapat diberikan oleh rumah sakit itu.

Dokumen rekam medis di hampir semua rumah sakit menjadi masalah manajemen arsip. Ribuan kilo dokumen rekam medis in-aktif tidak bisa begitu saja dilakukan penghapusan. Aspek kehati-hatian karena dokumen rekam medik di samping memiliki nilai hukum, juga memiliki nilai informasi kesehatan untuk pendidikan dan penelitian. Komputerisasi rekam medis (*computer based patient record = CPR*) adalah salah satu solusi mengurangi beban dokumen arsip in-aktif yang besar tadi.

Rekam medik elektronik adalah gudang penyimpanan informasi secara elektronik mengenai status kesehatan dan layanan kesehatan yang diperoleh pasien sepanjang hidupnya, tersimpan sedemikian hingga dapat melayani berbagai pengguna rekam yang sah (Shortliffe, 2001).

Computer based record (rekam medis elektronik) adalah suatu sistem rekaman pasien secara elektronik yang dirancang secara spesifik untuk menunjang penggunaannya dengan menyediakan akses untuk data yang lengkap dan akurat, *alert*, *reminder*, *clinical decision support system*, link ke sumber ilmu dan lain-lain (Garmelia, 2007)

Rekam medis elektronik/rekam kesehatan elektronik adalah kegiatan mengkomputerisasikan isi rekam kesehatan dan proses yang berhubungan dengannya (Kepmenkes Nomor : 377/Menkes/SK/III/2007).

An electronic medical record system (sometimes referred to as EPR - electronic patient record) is an organized collection of all records about an individual patient stored in the computer systems and databases of all the providers who have provided care to that patient within one enterprise (Michael R. Kauka).

Menurut Herwanto, suatu rekam medik elektronik meliputi seluruh informasi tentang kesehatan dan pengobatan pasien pada periode waktu tertentu serta siap untuk diakses.

Karjono (2005) menyebutkan bahwa adanya elektronik rekam medis (e-rekam medis) atau *Elektronic Health Records* (HER) telah merambah pola pikir dan pola tindak para praktisi profesi perekam medis, para ahli manajemen informasi kesehatan, para praktisi hukum dan para arsiparis (profesi kearsipan).

Meningkatnya peranan rekam medis dalam sistem informasi rumah sakit, maka rekam medis yang berbasis komputer diharapkan dapat memenuhi permintaan informasi secara cepat dan akurat. Program aplikasi rekam medis elektronik ini melatih para dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya menggunakan terminal komputer untuk *order* pemeriksaan laboratorium, pemesanan alat-alat kesehatan, menulis obat, dan merekam data anamnesis, hasil pemeriksaan klinik, catatan kemajuan, dan lain-lain. Nantinya aplikasi rekam medis elektronik secara aktif membimbing interaksi dokter dengan data pasien untuk menjamin kelengkapan data dan kesesuaian dengan konvensi-konvensi yang telah diterima sehingga logika medis dapat diterapkan oleh dokter. Keuntungan dengan sistem ini adalah terjaminnya kelengkapan dan keakuratan data pasien serta akses data yang cepat. Namun, kerugian dari sistem ini adalah tingkat *security* program yang mungkin bisa dibobol dan memerlukan biaya yang besar untuk mewujudkannya.

Teknologi informasi adalah teknologi yang digunakan untuk mengelola data. Termasuk di sini adalah proses mengumpulkan, menyusun, menyimpan, mengolah, dan menganalisis data dalam berbagai cara, guna menghasilkan informasi yang berkualitas. Termasuk proses komunikasi data dan informasi untuk pemanfaatannya.

Secara global, sistem yang ideal tentu dapat mengurangi beban kerja masing-masing unit pelayanan. Secara detail (meskipun tidak keseluruhan), dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Dapat mengurangi beban kerja sub-bagian rekam medis dalam menangani berkas rekam medis. Mulai dari *coding, indexing, assembling, filing* dan lain lain, semua ditangani oleh sub-bagian ini. Dengan adanya sebuah sistem informasi, seharusnya paling tidak dapat menggantikan fungsi koding pada sub-bagian rekam medis.
2. Dapat mengurangi pemakaian kertas (*paperless*). Pemakaian kertas masih belum dapat dihilangkan di Indonesia saat ini, karena data medis sangat rentan dengan hukum dan akan memporakporandakan perdagangan kertas Indonesia.

Menurut Sanjoyo (2006) dalam www.yoyoke.web.ugm.ac.id menyebutkan bahwa persiapan yang perlu dilakukan agar sistem komputerisasi dapat berjalan dengan baik adalah : *business process, standard operational procedure* yang berlaku di rumah sakit, *software, hardware*, infrastruktur jaringan komputer lokal, dan sumber daya manusia.

Mencermati uraian tersebut di atas, dapatlah kiranya disimpulkan bahwa pendayagunaan teknologi informasi dalam manajemen kesehatan yang utama adalah untuk mengelola data dan informasi. Pengertian ini tidak terbatas kepada pengolahan dan analisis data menjadi informasi saja, melainkan juga komunikasi data dan

informasi tersebut. Oleh karena itu, banyak pakar menyebutnya teknologi informasi dan komunikasi (TIK) / *Information and Communication Technology* (ICT), pada hakikatnya, sistem komputerisasi di rumah sakit merupakan proses mengubah pola kerja dari menggunakan kertas dan tinta (manual) ke menggunakan komputer (digital) sehingga setiap aktivitas dan pelayanan di rumah sakit bisa efisien.

Rumah sakit dikomputerisasi dalam upaya meningkatkan manajemen kesehatan, meningkatkan ketepatan pengambilan keputusan dalam manajemen pasien dan manajemen unit/organisasi pelayanan-pelayanan kesehatan tersebut.

Untuk memetakan permasalahan dan mempersempit ruang gerak perancangan sistem, perlu dibuat batasan-batasan yang tidak perlu dicakup oleh sistem. Lebih baik tahapan desain sistem memakan waktu yang lebih lama daripada terjadi huru-hara ketika proses pembuatan. Batasan-batasan-pun perlu dibahas seperti

1. Tidak menghilangkan fungsi dan peran dokter dan perawat dalam melakukan pemeriksaan.
2. Tidak mengurangi/menghilangkan keaslian berkas rekam medis. Aplikasi organisasi virtual di dunia bisnis sudah banyak dilakukan, demikian juga di sektor pendidikan, akan tetapi di sektor pelayanan kesehatan, nampaknya masih merupakan tantangan besar.
3. Sistem informasi rumah sakit merupakan solusi komputerisasi sistem informasi manajemen terintegrasi untuk institusi pelayanan medis, yang ditujukan sebagai pengganti administrasi secara manual. Sistem informasi rumah sakit berbasis komputer merupakan salah satu alat manajemen penting agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien serta menjunjung tinggi

keselamatan pasien. Tetapi, menerapkannya secara mulus di rumah sakit bukan hal yang mudah.

Berbagai penelitian telah mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi sistem informasi rumah sakit. Lingkungan eksternal rumah sakit, kesiapan organisasi rumah sakit itu sendiri, baik dari sisi kepemimpinan (*leadership*), hubungan antar berbagai sub sistem di rumah sakit serta manajemen yang berjalan dengan baik merupakan pra kondisi penting. Belum lagi aspek sumber daya manusianya. Sehingga, pengembangan sistem informasi rumah sakit berbasis komputer akan memiliki tingkat keberhasilan yang lebih tinggi jika berada di lingkungan yang ideal, yaitu lingkungan eksternal kondusif, organisasi rumah sakit siap serta sumber daya manusianya pun bermotivasi tinggi dan mau berubah.

Sanjoyo, 2006, menyebutkan *critical success factors* yang akan dihasilkan dari penerapan rekam medis elektronik ini sebagai salah satu bentuk perhatian organisasi dalam mendukung program ini perlu dipertimbangkan dalam mencapai keberhasilan dari penerapan program ini. Dengan memperhatikan *critical success factors* yaitu terdiri dari relevansi bisnis, keterlibatan pendidikan pengguna, dukungan senior manajemen, rencana yang jelas dan proaktif, ketersediaan sistem, *customer satisfaction*, program *continous quality improvement*, dan audit sistem post implementasi, diharapkan implementasi sistem informasi dengan menerapkan rekam medis elektronik ini dapat lebih baik .

Saat ini penggunaan istilah *paper less* (tanpa kertas) dalam CPR masih menjadi perdebatan di kalangan para ahli maupun praktisi manajemen informasi kesehatan maupun praktisi hukum. CPR menggambarkan adanya penanganan

informasi secara elektronik mengenai status kesehatan dan pelayanan kesehatan yang di terima pasien seumur hidup (Gemala, 2003).

Para pengguna rekam medis elektronik menurut seri buku Pengajaran Manajemen Informasi Kesehatan, 2007 menyebutkan bahwa:

- Tenaga medis:
 - Dokter, dokter spesialis, dokter gigi
- Tenaga keperawatan
- Tenaga kesehatan lainnya
- Manajemen

2.2.5. Format Rekam Medis Elektronik

Bentuk sediaan kertas masih tetap merupakan bentuk yang paling umum dari rekam medis. Namun, saat ini telah berkembang bentuk dan format lain yang mendampingi rekam medis bentuk kertas. Sudah banyak fasilitas pelayanan yang memiliki sistem laboratorium dan farmasi elektronik yang memungkinkan untuk melihat dan memantau informasi pasien secara *online*. Bersamaan dengan itu, timbul kebutuhan untuk menyimpan versi cetak dari data pasien kedalam berkas rekam medisnya.

Selain kertas, bahan lain yang sering ditemukan dalam berkas rekam medis adalah monitoring strip. Strip ini biasanya diarsip dalam lembar grafik, ditempelkan di kertas, atau disimpan dalam kantong folder. Bisa juga sebagian strip digabungkan dalam rekam medis sebagai *sample*, sedangkan sisa keseluruhannya disimpan secara terpisah. Hasil foto juga sering digabungkan dalam dokumen rekam medis. Bagaimana pun juga, masih ada bentuk data lainnya yang harus dikelola untuk membentuk rekam medis yang lebih lengkap dan komprehensif. Rekaman video,

suara/audio, x-ray, dan bentuk media lainnya harus dianggap dan diperlakukan sebagai bagian dari rekam medis pasien.

Hal ini ternyata juga menimbulkan kesulitan karena umumnya bentuk-bentuk media ini tidak dapat diarsipkan begitu saja kedalam rekam medis kertas. Seorang manajer informasi kesehatan harus menyadari adanya tantangan ini dan berupaya menemukan cara yang tepat untuk bisa memadukan semua bentuk informasi kesehatan pasien sehingga tercipta rekam medis pasien yang kompleks dan lengkap.

Menurut Sudra (2006), beberapa langkah untuk memadukan semua informasi kesehatan pasien :

1. Mempelajari bentuk komposisi rekam medis yang saat ini digunakan.
2. Menentukan semua informasi kesehatan pasien agar dikelola secara terpadu.
3. Melakukan evaluasi data pasien yang belum dipadukan dalam rekam medis yang bersangkutan.
4. Mempelajari penggunaan dan pelepasan informasi yang umumnya belum dipadukan dalam rekam medis, dan memastikan prosedurnya telah menjamin aspek kerahasiaan.
5. Mempelajari media penyimpanan yang dibutuhkan untuk model informasi yang saat ini masih belum terpadu dalam rekam medis.
6. Mengadakan pertemuan dan diskusi dengan staf yang terkait dengan pengelolaan informasi kesehatan yang belum terpadu dalam rekam medis.
7. Menentukan model koordinasi untuk memadukan bagian-bagian informasi kesehatan tersebut agar terbentuk satu kesatuan rekam medis elektronik yang lengkap.

2.2.6. Manfaat Rekam Medis Elektronik

Banyak manfaat dari penerapan aplikasi rekam medis elektronik ini antara lain :

1. Memungkinkan akses cepat, mudah dan jarak jauh.
2. Informasi yang tersedia lebih terorganisir dan lebih mudah untuk dibaca, dibandingkan dengan catatan media kertas.
3. Memungkinkan akses secara bersamaan (simultan).
4. Meningkatkan efisiensi berbagai proses, misal pengumpulan data, manajemen data dan penarikan data.
5. Menghasilkan peningkatan % kelengkapan rekam medis kesehatan.
6. Peningkatan kualitas informasi, terutama informasi tentang biaya penagihan dan peningkatan pemasukan uang pendapatan institusi-provider.
7. Menghasilkan peningkatan utilisasi sumber daya.
8. Peningkatan model asuhan pasien yang tercermin lewat pendokumentasian rekam medis kesehatan yang memadai/baik.
9. Memaksa semua tenaga profesi yang terlibat langsung:
 - a. Menciptakan standar-standar,
 - b. Menjalankan peraturan, kebijakan, perundang-undangan dan etik yang berlaku,
 - c. Peningkatan mutu pelayanan.
10. Merupakan model pengawasan, menuntun ke pencapaian tujuan yang telah ditentukan dan disepakati bersama. Serta dasar penjagaan dan pengendalian mutu asuhan dan pelayanan. Pengawasan adalah melakukan penilaian dan

sekaligus koreksi terhadap setiap penampilan karyawan untuk mencapai tujuan seperti yang telah ditetapkan dalam rencana (Azwar, 1996).

2.2.7. Aplikasi Teknologi Informasi Untuk Mendukung Penerapan Rekam Medis Elektronik

Secara umum menurut Sanjoyo (2006), masyarakat mengenal produk teknologi informasi dalam bentuk perangkat keras, perangkat lunak dan infrastruktur. Perangkat keras meliputi perangkat input (*keyboard, monitor, touch screen, scanner, mike, camera digital, perekam video, barcode reader*, maupun alat digitasi lain dari bentuk analog ke digital). Perangkat keras ini bertujuan untuk menerima masukan data/informasi ke dalam bentuk digital agar dapat diolah melalui perangkat komputer. Selanjutnya, terdapat perangkat keras pemroses lebih dikenal sebagai CPU (*central procesing unit*) dan memori komputer. Perangkat keras ini berfungsi untuk mengolah serta mengelola sistem komputer dengan dikendalikan oleh sistem operasi komputer. Selain itu, terdapat juga perangkat keras penyimpan data baik yang bersifat tetap (*hard disk*) maupun portabel (*removable disk*). Perangkat keras berikutnya adalah perangkat output yang menampilkan hasil olahan komputer kepada pengguna melalui monitor, printer, speaker, LCD maupun bentuk respon lainnya.

Selanjutnya dalam perangkat lunak dibedakan sistem operasi (misalnya Windows, Linux atau Mac) yang bertugas untuk mengelola hidup matinya komputer, menghubungkan media input dan output serta mengendalikan berbagai perangkat lunak aplikasi maupun *utility* di komputer. Sedangkan perangkat aplikasi adalah program praktis yang digunakan untuk membantu pelaksanaan tugas yang spesifik seperti menulis, membuat lembar kerja, membuat presentasi, mengelola *database*

dan lain sebagainya. Selain itu terdapat juga program *utility* yang membantu sistem operasi dalam pengelolaan fungsi tertentu seperti manajemen memori, keamanan komputer dan lain-lain.

Pada aspek infrastruktur, kita mengenal ada istilah jaringan komputer baik yang bersifat terbatas dan dalam kawasan tertentu (misalnya satu gedung) yang dikenal dengan nama *Local Area Network* maupun jaringan yang lebih luas, bahkan bisa meliputi satu kabupaten atau negara atau yang dikenal sebagai *Wide Area Network* (WAN). Saat ini, aspek infrastruktur dalam teknologi informasi seringkali disatukan dengan perkembangan teknologi komunikasi. Sehingga muncul istilah konvergensi teknologi informasi dan komunikasi.

2.2.8. Alasan Menggunakan Rekam Medis Elektronik

Rekam medis elektronik dipilih dengan alasan memiliki keuntungan lebih. Menurut Iswara (2007), rekam medis elektronik memiliki keuntungan antara lain ditinjau berdasarkan *accessibility*, *legibility*, *structure*, dan *data collection* yang dapat diuraikan sebagai berikut:

- Akses yang simultan dari lokasi-lokasi berbeda.
- Memudahkan pertukaran data.
- Mengurangi kesalahan interpretasi data.
- Penyajian yang variatif.
- Kelengkapan data dapat membantu pembuatan keputusan.
- Membantu analisis data lainnya.

Apalagi jika disertai kapasitas penyimpanan multimedia termasuk foto rontgen, rekaman suara, diagram, laporan patologi. Selain bermanfaat secara klinis

juga dapat sangat berguna dalam bidang pendidikan. Memang masih terdapat tantangan masalah standardisasi.

2.2.9. Hambatan Dalam Penerapan Rekam Medis Elektronik

Waegeman (1996) dalam Arda 2005 menyebutkan bahwa hambatan utama untuk melengkapi implementasi rekam medis elektronik hal ini meliputi *legal issues* (beberapa negara masih memiliki hukum yang menghambat untuk penerapan *paperless* rekam medis), kebutuhan akan standar universal dan koding, keterbatasan teknologi berupa sarana dan prasarana, kebutuhan untuk meyakinkan pengguna akan pentingnya penerapan sistem.

Wildan, 2000 dalam artikelnya “Petugas Medis Senang Pasienpun Tenang” juga menyebutkan bahwa belum diimplementasikannya rekam medis elektronik lebih karena masalah hukum dan *change management*, sedangkan dari sisi infrastruktur teknologi sarana dan prasarana sudah sangat siap. Pasalnya, aplikasi rekam medis elektronik sebenarnya mempunyai fitur untuk menyimpan informasi pasien di dalam *electronic patient record*. Namun karena pertimbangan hukum, fitur ini belum bisa digunakan. Seperti diketahui, dokumen rekam medis yang diakui secara legal adalah dokumen *hard copy* yang berisi tulisan tangan dokter.

Sanjoyo, 2006 dalam www.yoyoke.web.ugm.ac.id menyebutkan bahwa tantangan dalam penerapan rekam medis elektronik ini adalah aspek legal dan *security* serta payung hukum masih menjadi masalah yang mendasar. Masih banyak pihak yang mencurigai bahwa rekam medis elektronik tidak memiliki payung legalitas yang jelas. Tantangan tersebut akan diperparah jika manajemen rumah sakit juga tidak memiliki komitmen, visi dan misi serta tujuan yang tidak jelas mengenai

pengembangan sistem informasi rumah sakit salah satunya dalam penerapan rekam medis elektronik ini.

Adanya penolakan dari pengguna juga ikut menghambat penerapan rekam medis elektronik ini (Waegeman dalam Arda, 2005).

2.2.10. Keberhasilan Penerapan Rekam Medis Elektronik

Iswara, 2007, menyebutkan kunci sukses implementasi sistem informasi elektronik diantaranya adalah memahami kebutuhan staf klinik dan mengerti strategi pengembangan sehingga mampu menjembatani adopsi dan pemanfaatan suatu teknologi baru. Menurut Sudarto (1998) Bila volume kerja bertambah banyak dan pegawai yang ada sudah tidak dapat menampungnya adalah wajar bila pegawainya ditambah. Menurut seri Bahan kuliah Manajemen Informasi Kesehatan, 2007, secara umum, tidak dipungkiri bahwa keberhasilan penerapan rekam medis elektronik ini sebagai salah satu bagian sistem informasi bergantung pada 2 faktor di bawah ini :

1. Faktor informatik

Faktor ini hanya berperan 10 % dalam membangun rekam medis elektronik di rumah sakit. Faktor ini antara lain : membangun sistem IT, pengadaan *hardware* dan *software* serta training (pelatihan) bagi petugas.

2. Faktor Sosial

Faktor ini berperan 90 % dalam membangun rekam medis elektronik di rumah sakit. Faktor ini terletak pada kemauan *user* (pengguna) dalam menerapkan rekam medis elektronik yang baik di Rumah Sakit.

User (pengguna), terdiri dari :

- Tenaga medis: Dokter, dokter spesialis, dokter gigi
- Tenaga keperawatan

- Tenaga kesehatan lainnya
- Manajemen

Jadi apabila para penggunanya dalam hal ini para perawat diatas tidak mempunyai komitmen yang tinggi dalam membangun rekam medis elektronik di rumah sakit, maka tidak mungkin rekam medis elektronk dapat dijalankan dengan baik di rumah sakit begitupun sebaliknya.

Selain itu, keberhasilan penerapan rekam medis elektronik ini juga harus mengacu pada ketentuan yang dikemukakan oleh Tang & Hammond, yang dikutip oleh Johns (2002), keberhasilan dari beberapa rumah sakit di Amerika dihasilkan karena mereka menerapkan hal yang sama, dan dapat dipertimbangkan untuk dijadikan dasar atau standar bagi suatu rumah sakit dalam menerapkan sistem informasi rekam medis berbasis elektronik yaitu: 1. Rekam medis elektronik harus mampu mengintegrasikan keseluruhan data pasien sehingga apabila dibutuhkan dapat diakses sewaktu-waktu, 2. Dapat dijadikan sebagai akses untuk ilmu pengetahuan, 3. Dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya mampu memasukkan semua hal yang berkaitan dengan pasien ke dalam sistem aplikasi di komputer dengan cepat, akurat dan segera, 4. Membantu mengintegrasikan komunikasi diantara tenaga kesehatan, 5 Dapat dijadikan sebagai sistem pembuat keputusan bagi manajemen”.

2.2.11. Kegagalan Dalam Penerapan Rekam Medis Elektronik

Alasan klasik penerapan rekam medis elektronik tidak berkembang dengan cepat dan bahkan sering mengalami kegagalan adalah karena tidak adanya payung hukum yang jelas. Tidak adanya undang-undang yang secara spesifik mengatur

tentang keabsahan dokumen elektronik, perlindungan hukum bagi rumah sakit jika terjadi tuntutan kepada pasien (<http://anisfuad.wordpress.com>).

Selain itu menurut *Tang PC, Hammond WE* dalam bukunya *A Progress Report On Computer-based Patient Records In The United States, 1997*, menyebutkan bahwa tidak dipungkiri bahwa masih banyak kendala dalam penerapan teknologi informasi untuk manajemen kesehatan di rumah sakit. Jika masih dalam taraf pengembangan sistem informasi masalah sosiokltural tidak terlalu kentara. Namun demikian, jika sudah sampai aspek klinis, tantangan akan semakin besar. Di sisi lain, persoalan kesiapan sumber daya manusia seringkali menjadi hambatan. Pemahaman tenaga kesehatan di rumah sakit terhadap potensi teknologi informasi kadang menjadi lemah karena pemahaman yang keliru. Oleh karena itu penguatan pada aspek pengetahuan dan ketrampilan merupakan salah satu kuncinya.

Disamping itu, tentu saja adalah masalah *financial*. Tanpa disertai dengan bantuan tenaga ahli yang baik, terkadang investasi teknologi informasi hanya akan memberikan pemborosan tanpa ada nilai lebihnya. Yang terakhir adalah kecurigaan terhadap lemahnya aspek *security*, *confidentialitas* dan *privacy* data medis.

Secara umum, kegagalan dalam sistem informasi dapat dievaluasi dengan beberapa metode yaitu (<http://simkesugm06.wordpress.com>) :

a. *Technology Acceptance Model (TAM)*

TAM mengevaluasi dilihat dari perilaku (*behavioural*), mengasumsikan bahwa ketika seseorang membentuk suatu bagian untuk bertindak, mereka akan bebas untuk bertindak tanpa batasan. Beberapa penelitian telah mereplikasi studi

Davis untuk memberi bukti empiris terhadap hubungan yang ada antara *usefulness*, *ease of use* dan *system use* (Furneaux, 2006a).

b. End User Computing (EUC) Satisfaction

Model evaluasi ini dikembangkan oleh Doll & Torkzadeh. Evaluasi dengan menggunakan model ini lebih menekankan kepuasan (*satisfaction*) pengguna akhir terhadap aspek teknologi, dengan menilai isi, keakuratan, format, waktu dan kemudahan penggunaan dari sistem. Model ini telah banyak diujicobakan oleh peneliti lain untuk menguji reliabilitasnya dan hasilnya menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna meskipun instrumen ini diterjemahkan dalam berbagai bahasa yang berbeda.

c. Task Technology Fit (TTF) Analysis

Model TTF memiliki 4 konstruk kunci yaitu *Task Characteristics*, *Technology Characteristics*, yang bersama-sama mempengaruhi konstruk ketiga TTF yang balik mempengaruhi variabel outcome yaitu *Performance* atau *Utilization*. Model TTF menempatkan bahwa teknologi informasi hanya akan digunakan jika fungsi dan manfaatnya tersedia untuk mendukung aktivitas pengguna. Model evaluasi ini pertama kali dikembangkan oleh Goodhue dan Thompson pada tahun 1995. Teori ini berpegang bahwa teknologi informasi.

d. Human-Organization-Technology (HOT) Fit Model

Yusof *et al.* (2006) memberikan suatu kerangka baru yang dapat digunakan untuk melakukan evaluasi sistem informasi yang disebut Human-Organization-

Technology (HOT) Fit Model. Model ini menempatkan komponen penting dalam sistem informasi yakni Manusia (*Human*), Organisasi (*Organization*) dan Teknologi (*Technology*), dan kesesuaian hubungan di antaranya. Komponen manusia (*Human*) menilai sistem informasi dari sisi penggunaan sistem (*system use*) pada frekwensi dan luasnya fungsi dan penyelidikan sistem informasi. *System use* juga berhubungan dengan siapa yang menggunakan (*who use it*), tingkat penggunaanya (*level of user*), pelatihan, pengetahuan, harapan dan sikap menerima (*acceptance*) atau menolak (*resistance*) sistem. Komponen ini juga menilai sistem dari aspek kepuasan pengguna (*user satisfaction*). Kepuasan pengguna adalah keseluruhan evaluasi dari pengalaman pengguna dalam menggunakan sistem informasi dan dampak potensial dari sistem informasi. *User satisfaction* dapat dihubungkan dengan persepsi manfaat (*usefulness*) dan sikap pengguna terhadap sistem informasi yang dipengaruhi oleh karakteristik personal.

Komponen organisasi menilai sistem dari aspek struktur organisasi dan lingkungan organisasi. Struktur organisasi terdiri dari tipe, kultur, politik, hierarki, perencanaan dan pengendalian sistem, strategi, manajemen dan komunikasi. Kepemimpinan, dukungan dari top manajemen dan dukungan staf merupakan bagian yang penting dalam mengukur keberhasilan sistem. Sedangkan lingkungan organisasi terdiri dari sumber pembiayaan, pemerintahan, politik, kompetisi, hubungan interorganisasional dan komunikasi.

Komponen teknologi terdiri dari kualitas sistem (*system quality*), kualitas informasi (*information quality*) dan kualitas layanan (*service quality*). Kualitas sistem dalam sistem informasi di institusi pelayanan kesehatan menyangkut

keterkaitan fitur dalam sistem termasuk performa sistem dan *user interface*. Kemudahan penggunaan (*ease of use*), kemudahan untuk dipelajari (*ease of learning*), *response time*, *usefulness*, ketersediaan, fleksibilitas, dan sekuritas merupakan variabel atau faktor yang dapat dinilai dari kualitas sistem.

Menurut Anderson, penyebab kegagalan komputerisasi sistem informasi manajemen salah satunya adalah penerapan rekam medis elektronik dapat dievaluasi dengan melihat dari kepada faktor teknis, faktor organisasi, dan faktor pengguna. Faktor teknis berorientasi pada masalah *software* (format, isi, sistem), *hardware* (jenis komputer, kelengkapan unitnya, kecepatan olahannya) dan fasilitas pendukung dari aplikasi rekam medis elektronik. Faktor organisasi mengarah kepada lingkungan internal dan eksternal, budaya organisasi, kebijakan dan dukungan organisasi yang mendukung penerapan rekam medis elektronik.

Menurut Hutchinson (1997), dukungan organisasi di sini adalah dukungan organisasi dapat dipandang juga sebagai komitmen organisasi pada individu. Bila interaksi dalam individu dan organisasi, dikenal sebagai komitmen organisasi dari individu pada organisasinya, maka dukungan organisasi sebaliknya. Komitmen organisasi pada individunya .

Komitmen organisasi yang diberikan kepada karyawan dapat berupa: *reward*, kompensasi setara, iklim organisasi yang *fair*. Bentuk-bentuk dukungan organisasi tersebut antara lain bersifat ekstrinsik (material) terdiri dari bonus, gaji, kompensasi, tunangan, dll, dan yang bersifat intrinsik (nonmaterial) terdiri dari perhatian, pujian, penerimaan, keakraban, informasi pengembangan diri. Sedangkan faktor pengguna lebih kepada pengetahuan, sikap, persepsi, dan ketrampilan si pengguna dalam mengoperasionalkan aplikasi yang ada.

Secara implisit dapat dikatakan bahwa ukuran kegagalan/keberhasilan dalam penerapan rekam medis elektronik ini dapat meliputi administratif, teknis, pengguna, fungsi, dampak. Lebih banyak tergantung pada aspek organisasional. Kegagalan dapat bersifat alamiah sebagai bagian dari sistem yang mengalami penuaan (Fuadanis, 2006).

2.3. Keperawatan

Dalam sistem pelayanan kesehatan, para perawat mendapat banyak perhatian karena peran dan fungsi mereka memberi bentuk terhadap upaya pelayanan kesehatan (Lumenta, 1989). Perhatian yang besar banyak diberikan kepada profesi perawat dan peran mereka dalam memberikan pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan rumah sakit sangat bergantung pada kualitas perawat-perawatnya (Prawasti, 1991).

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku (Keputusan Menkes, 2000 dikutip dari Rugoyah, 2003).

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Lokakarya kelompok Kerja Keperawatan-Konsorsium Ilmu Kesehatan, 1983, yang dikutip Aditama (2002).

Menurut Gilles, 1996 dalam Nursalam, 2007, proses keperawatan adalah penerapan pemecahan masalah secara ilmiah yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah pasien, merencanakan secara sistematis, dan melaksanakan serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Proses keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu : pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang masing-masing tahap saling berkaitan. Keseluruhan dari tiap tahap dalam keperawatan tersebut harus didokumentasikan secara lengkap, adekuat, dan akurat di dalam rekam medis pasien. Pendokumentasian ini sangat penting karena merupakan salah satu alat bukti dari suatu tindakan atau kejadian dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien, disamping itu, pendokumentasian juga dapat dijadikan sebagai alat pengawasan dalam mempertanggungjawabkan segala bentuk pelayanan kepada pasien/klien.

Secara elektronik beberapa rumah sakit telah menerapkan pendokumentasian keperawatan tersebut ke dalam sistem aplikasi rekam medis elektronik seperti berupa format SOAP (*subjec, objek, assesment, plan*), format grafik keseimbangan cairan, grafik tanda-tanda vital.

Secara umum penerapan sistem rekam medis elektronik tersebut mempunyai fungsi-fungsi spesifik yaitu untuk membantu perencanaan asuhan keperawatan (pelayanan kepada pasien) dan manajerial dari asuhan keperawatan pasien itu sendiri (dokumentasinya).

Salah satu perspektif manajerial yang perlu diperhatikan adalah berkaitan dengan dokumentasi keperawatan yang merupakan bagian dari pelaksanaan penerapan rekam medis elektronik. Dokumentasi keperawatan secara elektronik ini secara umum dapat membantu perawat di dalam menentukan diagnosa, menyiapkan

dan menerapkan kepedulian perencanaan dan evaluasi perawatan pasien (Johns, 2002).

Namun untuk menerapkan rekam medis elektronik berkaitan dengan dokumentasi keperawatan pasien ada beberapa konsep dasar yang mesti diketahui yaitu (1) Dukungan sistem informasi elektronik tersebut harus merupakan data yang memang diperlukan untuk kepedulian ilmu perawatan, (2) Memenuhi sifat ilmu perawatan yaitu mendiagnosa dan objectif, (3) Mampu mengidentifikasi ilmu perawatan yang efektif intervensi, (4) Mampu mengidentifikasi hasil-hasil yang berguna untuk dievaluasi dan diintervensi, (5) Identifikasi metoda-metoda untuk evaluasi hasil-hasil pasien (Ozbolt Abraham, dan Schultz, 1990).

Dokumen keperawatan (Accreditation of Health Organization (JCAHO) meliputi:

- *progress notes* keperawatan dengan menggunakan format SOAP yaitu
 - a. Subjective, informasi yang ditulis dalam bahasa pasien (gejala yang ada pada pasien).
 - b. Objective, hasil pengamatan dan pemeriksaan oleh dokter.
 - c. Assessment, catatan kemajuan dan perkembangan (interpretasi atau kesan dari keadaan saat ini).
 - d. Plan, rencana kerja untuk kelanjutan dan pengobatan atau perawatan.
- rekam grafik-grafik,
- pemeriksaan fisik,
- riwayat sakit pasien,
- diagnosa,
- perintah dokter,
- ringkasan pulang,

- progres note yang ditulis oleh dokternya.

Semua tenaga profesi lain yang melaksanakan pelayanan ke pasien harus mendokumentasikannya.

2.4. Persepsi

Phillip Kotler mendefinisikan persepsi sebagai "proses dengan mana individu memilih, merumuskan dan menafsirkan masukan (input) informasi untuk menciptakan suatu gambaran yang berarti mengenai dunia" (Kotler 2001). Kotler mengatakan bahwa orang yang sudah termotivasi akan bertindak dan dipengaruhi oleh persepsi mengenai situasi.

Persepsi adalah proses dimana kita mengorganisasi dan menafsirkan pola stimulus di dalam lingkungan (Atkinson, 1991). Chaplin (1999) memandang persepsi sebagai proses mengetahui atau mengenali objek dan kejadian objektif dengan bantuan indra. Proses perseptual ini dimulai dengan perhatian, yaitu merupakan proses pengamatan selektif. Didalamnya mencakup pemahaman dan mengenali atau mengetahui objek-objek serta kejadian-kejadian (Chaplin, 1999).

Persepsi adalah interpretasi yang tinggi terhadap lingkungan manusia dan mengolah proses informasi tersebut.

“Human interpret their surroundings on a higher percive their word through information processing” (Wilson D, 2000).

Mekanisme persepsi merupakan suatu peristiwa *physical* dan proses eksternal yang membangkitkan persepsi yang mempengaruhi mata, saraf di bagaian visual kortek, yang memberikan efek ke lingkungan yang dapat mempengaruhi dan di pengaruhi oleh susunan saraf pusat.

“ The mechanisms of perception are set of physical and the eksternal reality is generating a perceptual field that is influencing the eye which in turn is influencing the neurons of the visual cortex , is the reacting part has other aspects to its environment, namely of can influence and be influenced by other parts of the brain and central nervous system” (Graham R, 1999).

Persepsi, menurut Rakhmat Jalaludin (1998) adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan.

Gibson dan Donely (1996) menjelaskan bahwa persepsi adalah proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh seorang individu. Dalam hal ini persepsi diartikan sebagai proses mengetahui atau mengenali obyek dan kejadian obyektif dengan bantuan indera (Chaplin, 1999)

Faktor-Faktor yang mempengaruhi persepsi individu menurut Rakhmat (1998) adalah faktor-faktor fungsional yang menentukan persepsi seseorang berasal dari kebutuhan, pengalaman masa lalu dan hal-hal lain termasuk yang kita sebut sebagai faktor-faktor personal. Selanjutnya Rakhmat menjelaskan yang menentukan persepsi bukan jenis atau bentuk stimuli, tetapi karakteristik orang yang memberi respon terhadap stimuli.

Menurut Gibson 1996, faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi individu adalah persepsi meliputi juga kognisi (pengetahuan). Menurut Notoatmodjo (2005), pengetahuan adalah penginderaan manusia atau hasil seseorang tahu mengenai suatu objek oleh pengindraannya. Pada waktu penginderaan menghasilkan suatu pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap suatu objek. yang mencakup penafsiran objek, tanda dan orang dari sudut pengalaman yang bersangkutan. Selaras dengan pernyataan tersebut Krech, dkk. (dalam Sri Tjahjorini Sugiharto 2000) mengemukakan bahwa persepsi seseorang ditentukan

oleh dua faktor utama, yakni pengalaman masa lalu dan faktor pribadi. Faktor pribadi yang dimaksud adalah faktor internal/karakteristik individu seperti ditinjau dari segi demografi, sosiopskologi, dan struktur.

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi menurut Baltus (1983) adalah :

1. Kemampuan dan keterbatasan fisik dari alat indera dapat mempengaruhi persepsi untuk sementara waktu ataupun permanen.
2. Kondisi lingkungan.
3. Pengalaman masa lalu. Bagaimana cara individu untuk menginterpretasikan atau bereaksi terhadap suatu stimulus tergantung dari pengalaman masa lalunya.
4. Kebutuhan dan keinginan. Ketika seorang individu membutuhkan atau menginginkan sesuatu maka ia akan terus berfokus pada hal yang dibutuhkan dan diinginkannya tersebut.
5. Kepercayaan, prasangka dan nilai. Individu akan lebih memperhatikan dan menerima orang lain yang memiliki kepercayaan dan nilai yang sama dengannya. Sedangkan prasangka dapat menimbulkan bias dalam mempersepsi sesuatu.

Sedangkan menurut Chaplin (1999) persepsi secara umum bergantung pada faktor-faktor perangsang, cara belajar, keadaan jiwa atau suasana hati, dan faktor-faktor motivasional.

Menurut Leavit (1989) yang dikutip oleh Siti Rugoyah (2003) berpendapat bahwa persepsi seseorang ditentukan oleh kebutuhan mereka sendiri. Sedangkan menurut Krech (1962) persepsi seseorang dipengaruhi oleh :

- a. *Frame of reference* yaitu kerangka pengetahuan yang dimiliki dan diperoleh dari pendidikan dan bacaan, penelitian, dll.

- b. *Field of Exsperience* yaitu pengalaman yang telah dialaminya yang tidak terlepas dari keadaan lingkungan sekitarnya.

Menurut Irwin Rosentoch & Beeper 1974 yang dikutip oleh Susihar (2004), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seorang individu ditinjau dari 3 variabel yaitu:

1. Variabel demografi terdiri dari : umur, pendidikan, lama kerja, sosial ekonomi
2. Variabel sosiopsikologi : pengalaman
3. Variabel struktur : pengetahuan

Selanjutnya Hutchinsan (1997) yang menyebutkan bahwa faktor lain yang juga mempengaruhi persepsi individu adalah dukungan lingkungan sekitarnya, yang dalam hal ini di lingkungan organisasi kerja yang dipandang sebagai komitmen organisasi terhadap seorang individu. Dukungan itu dapat berupa *reward*, kompensasi atau penghargaan (pujian).

BAB III

GAMBARAN UMUM

BRAWIJAYA WOMEN AND CHILDREN HOSPITAL

3.1. Profil Brawijaya Women and Children Hospital

Brawijaya Women and Children Hospital didirikan pada tahun 2003 melalui pendirian PT Brawijaya Medikatama yang pada saat itu diketuai oleh Bapak Ahmad Ganis. Pendiriannya berasal dari ide pemikiran dan dukungan kelompok dokter kandungan dan dokter anak yang dipimpin oleh Prof. Dr. dr. Nugroho Kampono SpOG (K) dan Prof. Dr. dr. Farid Aziz SpOG, FICS yang pada saat itu menginginkan adanya sebuah rumah sakit khusus wanita dan anak yang bertaraf internasional di kawasan Jakarta Selatan, yang dapat memberikan pertolongan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang selalu berobat ke luar negeri.

Untuk kelancaran operasional pendirian rumah sakit di bawah naungan PT Brawijaya Medikatama bekerjasama dengan investor asing yang bernama Columbia Asia Ltd. Sehingga pada akhirnya Brawijaya Women and Children Hospital ini secara resmi beroperasi pada tanggal 18 September 2006 di atas areal tanah seluas 2330 m² yang terdiri dari 5 lantai dengan luas bangunan 5513 m² dengan letak geografis sebagai berikut :

Utara : Jl. Taman Brawijaya

Selatan : Pemukiman

Barat : Jl. H. Jian

Timur : Jl. P. Antasari

Pada tanggal 10 Agustus 2006, Manajemen PT Brawijaya Medikatama secara resmi tercatat di Notaris S. Chozu, SH. MH dan mensyahkan berdiri dan beroperasinya Brawijaya Women and Children Hospital dengan Keputusan Menteri Kehakiman dan HAM No. W7-00592 HT.01.04.TH.2006.

Setelah 3 bulan beroperasi, pada tanggal 17 Desember 2006 Brawijaya Women and Children Hospital secara resmi dibuka oleh Ibu Ratna Rosita selaku Direktur Rumah Sakit Spesialistik Ditjen Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

3.2. Misi, Visi, Motto, Kedudukan, Tugas dan Fungsi Brawijaya Women and Children Hospital

3.2.1. Misi, Visi dan Motto

Brawijaya Women and Children Hospital merupakan lembaga yang bernaung dibawah PT Brawijaya Medikatama, oleh karena itu misi Brawijaya Women and Children Hospital ditetapkan bersama antara pihak PT Brawijaya Medikatama dan Direktur Brawijaya Women and Children Hospital. Dengan dasar seperti di atas, maka Brawijaya Women and Children Hospital menetapkan misi dan visi sebagai berikut :

Misi :

“Memberikan pelayanan kesehatan paripurna di bidang obstetrik dan ginekologi, perempuan dan pediatrik yang bermutu tinggi dan menjamin kepuasan pelanggan melalui manajemen yang mandiri dan modern”.

Visi :

“ Menjadi rumah sakit yang memberikan pelayanan prima di bidang kesehatan ibu, perempuan dan anak dengan penuh rasa kasih sayang terkemuka”.

Motto :

“ The Hospital With Hearth

.....With Us Your Health Is Always In Good Hands”

3.2.2. Kedudukan

Brawijaya Women and Children Hospital adalah salah satu rumah sakit swasta yang merupakan unit organisasi di lingkungan Departemen Kesehatan RI.

Brawijaya Women and Children Hospital berkedudukan di Jalan Taman Brawijaya No. 1 Cipete Utara Jakarta Selatan dengan jangkauan wilayah pelayanan adalah Jakarta Selatan dan beberapa kota besar di Indonesia.

3.2.3. Tugas

Brawijaya Women and Children Hospital sebagai salah satu rumah sakit swasta di kawasan Jakarta Selatan mempunyai tugas :

1. Menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan paripurna di bidang obsetri ginekologi, perempuan dan pediatrik.
2. Melaksanakan pelayanan pencegahan penyakit dan penyembuhan penderita di bidang obsetri, ginekologi, perempuan dan pediatrik.

3.2.4. Fungsi

Untuk melaksanakan tugas di atas, Brawijaya Women and Children Hospital berfungsi :

1. Melaksanakan upaya pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan perawatan dan dokumentasi medis.
2. Melaksanakan pelayanan rujukan.
3. Melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit.
4. Melaksanakan pelatihan di bidang kesehatan.
5. Melaksanakan pengembangan penelitian di bidang kesehatan.
6. Melaksanakan pelayanan administrasi umum dan keuangan.

3.3. Struktur dan Personil Organisasi Brawijaya Women and Children Hospital

3.3.1. Struktur Organisasi Brawijaya Women and Children Hospital

Struktur organisasi sangat berpengaruh dalam suasana kerja dan keberhasilan suatu sistem kerja perusahaan. Untuk itu diperlukan suatu struktur organisasi yang baik.

Struktur organisasi dikatakan baik apabila menunjukkan arus pekerjaan yang lancar, pengendalian yang mantap dan terlaksananya mekanisme kerja dengan baik.

Fungsi organisasi dapat ditinjau dari dua segi yaitu :

1. Organisasi sebagai wadah yaitu tempat kegiatan-kegiatan manajemen dijalankan, dengan sifat yang statis.
2. Organisasi sebagai proses yaitu analisa interaksi antara orang-orang yang menjadi anggota organisasi.

Bentuk organisasi yang diterapkan oleh Brawijaya Women and Children Hospital adalah organisasi garis/lini dan staf. Struktur organisasi Brawijaya Women and Children Hospital tercantum dalam Surat Keputusan Direksi PT Brawijaya Medikatama tanggal 21 Desember 2006 No. BWCH/Dir/SK/AM/06/023 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Brawijaya Women and Children Hospital (lampiran 1).

3.3.2. Personil Organisasi Brawijaya Women and Children Hospital

Personil organisasi Brawijaya Women and Children Hospital terdiri dari :

1. Direksi

1. Direktur Utama

Direktur utama Brawijaya Women and Children Hospital bertugas memimpin, mengurus, menguasai, memelihara, dan mengelola kekayaan rumah sakit, melaksanakan kebijaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

2. Direktur

Direktur Brawijaya Women and Children Hospital mempunyai tugas dan tanggung jawab memimpin, mengurus, menguasai, memelihara, dan mengelola kekayaan rumah sakit, melaksanakan kebijaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku. Direktur dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh tiga wakil yang terdiri dari :

1. Wadir. Pelayanan Medis dan Keperawatan
 2. Wadir. Pelayanan Penunjang dan Farmasi
 3. Wadir. Keuangan, Administrasi, dan SDM
2. Ka. Komite

Komite merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan di rumah sakit.

Komite dipimpin oleh seorang ketua yang bertanggung jawab kepada direktur utama dan mempunyai kedudukan setara dengan direktur. Ketua komite diangkat dan diberhentikan oleh direktur utama.

Ketua Komite terdiri dari :

1) Ka. Komite Medik

Komite medik mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut :

1. Memberikan pertimbangan kepada direktur dalam hal penyusunan standar pelayanan medis.
2. Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan medis.
3. Memberikan hak klinis khusus kepada staf medis fungsional.
4. Menyusun program pelayanan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan pelayanan rumah sakit bagi profesi medik, keperawatan dan penunjang medik.

2) Ka. Komite Etik

Komite etik mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut :

1. Memberikan pertimbangan kepada direktur dalam hal penyusunan hukum medis dan etik pelayanan rumah sakit.
2. Melakukan penyelesaian masalah etik kedokteran dan etik rumah sakit.
3. Melakukan penyelesaian pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit.

3. Wadir. Pelayanan Medis dan Keperawatan

Wadir. Pelayanan Medis dan Keperawatan mempunyai tugas membantu direktur utama dan direktur melaksanakan perencanaan, pengembangan program, pengendalian, koordinasi, pengawasan, dan evaluasi serta penyusunan laporan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan fasilitas pelayanannya.

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut, Wadir. Pelayanan Medis dan Keperawatan mempunyai fungsi :

1. Melakukan penyusunan rencana dan pengembangan program pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan fasilitas pelayanannya.
2. Mengkoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan, serta penggunaan fasilitas pelayanannya.
3. Melakukan pengawasan dan evaluasi pelayanan medis dan pelayanan keperawatan, serta penggunaan fasilitas pelayanannya.
4. Melakukan perencanaan, koordinasi, pengawasan, dan evaluasi pengelolaan unit-unit di bawah Direktorat Pelayanan Medis dan Keperawatan.

Wadir. Pelayanan Medis dan Keperawatan membawahi:

1. Ka. Bidang Pelayanan Medis
 2. Ka. Bidang Keperawatan
 3. Ka. Unit-Unit Non Struktural
 4. Kelompok Jabatan fungsional
4. Wadir. Pelayanan Penunjang dan Farmasi

Wadir. Pelayanan Penunjang dan Farmasi mempunyai tugas dan tanggung jawab membantu direktur utama dan direktur dalam perencanaan, pengembangan program rutin dan mingguan, pengendalian, koordinasi, pengawasan, dan evaluasi serta penyusunan laporan pelayanan penunjang medis, farmasi dan fasilitas pelayanan.

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut, Wadir. Pelayanan Penunjang dan Farmasi mempunyai fungsi :

1. Melakukan penyusunan rencana dan pengembangan program pelayanan penunjang medis dan fasilitas pelayanannya.
2. Mengkoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan pelayanan penunjang medis dan fasilitas pelayanannya.
3. Melakukan pengawasan dan evaluasi pelayanan penunjang medis, farmasi dan fasilitas pelayanannya.
4. Melakukan perencanaan, koordinasi, pengawasan, dan evaluasi pengelolaan unit-unit di bawah Direktorat Pelayanan Penunjang Medis.

Wadir. Pelayanan Penunjang dan Farmasi membawahi:

1. Ka. Bidang Pelayanan Penunjang

Di dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh :

1. Ka. Unit Radiologi
2. Ka. Unit Rekam Medis
3. Ka. Unit Laboratorium
4. Ka. Unit Gizi
2. Ka. Bagian Humas

Di dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh :

3. Koordinator Farmasi
4. Koordinator Pengadaan Barang
5. Wadir. Keuangan, Administrasi, dan SDM

Wadir. Keuangan, Administrasi, dan SDM mempunyai tugas dan tanggung jawab membantu direktur utama dan direktur dalam penyusunan perencanaan, pengembangan program, pengendalian, koordinasi, pengawasan, dan evaluasi serta penyusunan laporan pelayanan dan pengelolaan bidang keuangan, administrasi, dan sumber daya manusia.

Wadir. Keuangan, Administrasi, dan SDM membawahi 4 bidang, yaitu :

1. Ka. Bidang Keuangan, Hukum, dan TI

Di dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh :

1. Koordinator Akuntansi
2. Koordinator Penata Rekening
3. Koordinator Hukum
4. Koordinator TI
2. Ka. Bidang Umum

Di dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh :

1. Koordinator Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

2. Koordinator Pengelolaan Kerumahtanggaan

3. Ka. Bidang Pemasaran dan Humas

Di dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh :

1. Koordinator Pemasaran

2. Koordinator Humas

4. Ka. Bidang Pengelolaan dan Pengembangan SDM

Di dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh :

1. Koordinator Pengelolaan SDM

2. Koordinator Pengembangan SDM

3.4. Komposisi dan Jumlah Karyawan

Komposisi ketenagaan tetap di Brawijaya Women and Children Hospital sampai dengan Februari 2008 tercatat sebanyak 167 karyawan medis dan non medis. Untuk tenaga dokter terdiri dari 8 dokter umum tetap dan 84 dokter spesialis tidak tetap, sedangkan jumlah karyawan keperawatan dan non medis dapat dilihat pada tabel dibawah ini dengan perincian sebagai berikut :

TABEL 3.1
 REKAPITULASI KARYAWAN MEDIS KEPERAWATAN
 BRAWIJAYA WOMEN AND CHILDREN HOSPITAL
 PER FEBRUARI 2008

NO	BAGIAN	JUMLAH KARYAWAN	PERSENTASE
1	UNIT ANCILLARY (MEDIS)		
	Fisioterapis	2	
	Laboratorium	10	
	Radiologi	3	
	TOTAL	15	17%
2	UNIT NURSING	74	83%
	TOTAL KARYAWAN MEDIS	89	100%

Sumber : Data ketenagaan di Brawijaya Women and Children Hospital sampai pada Februari 2008

Dari tabel data pegawai di atas, berdasarkan jenis pekerjaan yang bersifat medis di Brawijaya Women and Children Hospital Periode Februari 2008 diketahui bahwa jumlah paramedis perawatan memiliki jumlah terbanyak yaitu 83% dari keseluruhan pegawai medis di rumah sakit tersebut.

TABEL 3.2
 REKAPITULASI KARYAWAN NON MEDIS
 BRAWIJAYA WOMEN AND CHILDREN HOSPITAL
 PER FEBRUARI 2008

NO.	BAGIAN	JUMLAH KARYAWAN		PERSENTASE
1	MANAGEMENT		6	7,7%
2	UNIT SUPPORT SERVICE		9	11,5%
3	UNIT PHARMACY & PURCHASING		13	16,7%
4	UNIT MARKETING & PUBLIC RELATION			
	Manager	1		
	Greeters	2		
	Operator Telephone	1		
	Customer Care Coordinator	1		
	Customer Service	3		
	Marketing & Public Relation Officer	1		
	Cashier	7		
	Billing	6		
	TOTAL		22	28,2%
5	FINANCE & IT		9	11,5%
6	UNIT ANCILLARY (NON MEDIS)			
	Manager dan Ancillary staff	3		
	Medical Record	4		
	Ward Clerk	2		
	Admission/Registration	4		

NO.	BAGIAN	JUMLAH KARYAWAN		PERSENTASE
	Nutrition	6		
	Total		19	24,4%
TOTAL KARYAWAN NON MEDIS			78	100%

Sumber : Data ketenagaan di Brawijaya Women and Children Hospital sampai pada Februari 2008

Dari tabel data pegawai di atas, berdasarkan unit kerjanya yang bersifat non medis di Brawijaya Women and Children Hospital Periode Februari 2008 diketahui bahwa jumlah keseluruhan tenaga non medis tetap yang bekerja di rumah sakit tersebut adalah 78 orang.

3.5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Brawijaya Women and Children Hospital

3.5.1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Medis

1. Obstetri Ginekologi / Kebidanan & Kandungan

Pelayanan yang tersedia mencakup:

- Pemeriksaan ginekologi secara umum
- Ginekologi onkologi
- Kesuburan
- Kehamilan normal & beresiko
- Diagnosa & perawatan operasi *laparoscopic* (operasi kecil untuk melihat organ dalam)
- Deteksi dini kanker pada wanita
- Bedah ginekologi

- Evaluasi gejala dan masalah menopause
- *Colposcopy* (pemeriksaan jaringan rahim)
- *Ultrasound* (3D/4D)

2. Pediatric / Anak

Memberikan pelayanan seperti pemeriksaan kesehatan, vaksinasi hingga penanganan khusus bagi penyakit akut.

Pelayanan yang tersedia mencakup:

- Pemantauan tumbuh kembang anak
- Neonatologi (bayi baru lahir)
- Diagnosa dan penanganan masalah kesehatan anak secara umum dan khusus seperti masalah infeksi, alergi dan lain-lain
- Immunisasi & vaksinasi
- Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

3. Urologi (organ & saluran kemih)

Memberikan pelayanan urologi untuk mengatasi masalah yang terjadi pada organ dan saluran kemih yang dialami oleh wanita.

4. Penyakit Dalam

Pelayanan khusus penyakit dalam untuk menunjang kesehatan wanita terutama ibu hamil dan menyusui dengan masalah kesehatan seperti diabetes dan darah tinggi.

5. Bedah

Dengan berbagai peralatan dan sarana, memberikan pelayanan tindakan bedah operasi bedah plastik dan bedah onkologi (kanker rahim).

6. Gigi

Pelayanan kesehatan gigi yang tersedia meliputi: *prosthodontics* (gigi palsu), *orthodontics* (meratakan gigi), *oral & maxillofacial surgery* (bedah mulut), *endodontics* (perawatan saluran akar/syaraf), dan *periodontics* (perawatan jaringan penyangga gigi).

7. Rehabilitasi Medis

Ditangani oleh spesialis rehabilitasi medis, memberikan pelayanan yang prima untuk membantu pasien yang belum mampu untuk menjalankan aktifitas normal sehari-hari sehabis operasi atau rawat inap di rumah sakit.

8. Kardiologi / Jantung

Menangani secara khusus masalah jantung yang diderita wanita. Dari mulai pendiagnosaan, pencegahan, dan penanganan.

3.5.2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penunjang Medis

Brawijaya Women and Children Hospital menyediakan pelayanan penunjang medis yang prima.

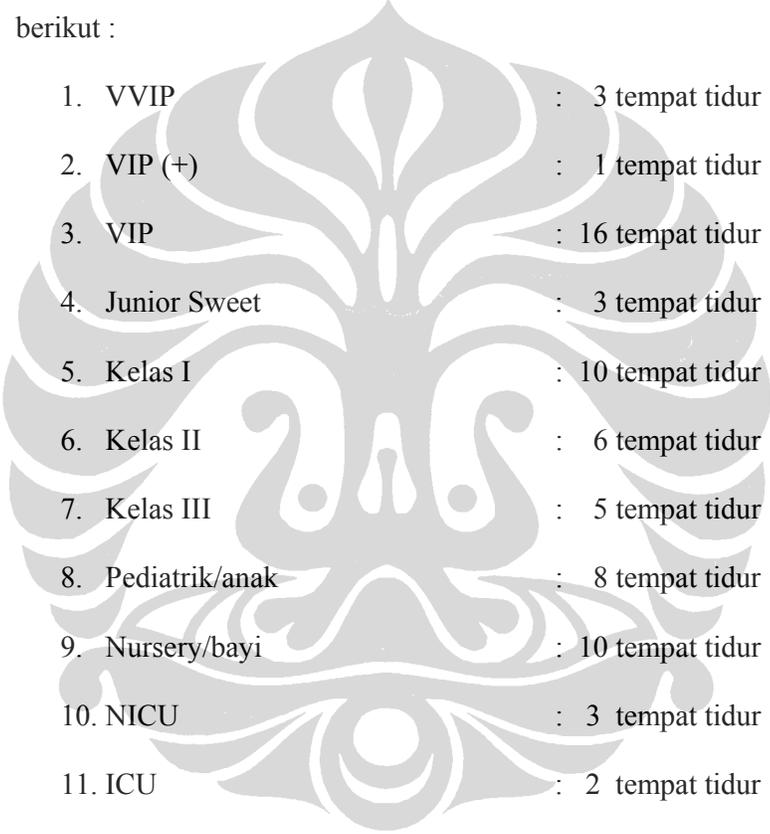
Pelayanan yang tersedia mencakup:

- Call centre 24 jam
- Sistem antrian dengan teknologi baru
- Ambulance
- Farmasi dengan service delivery ke rumah
- Laboratorium
- Radiologi
- UGD

- ICU & NICU
- Homecare service (penanganan pasca melahirkan)

3.5.3. Fasilitas Pelayanan Rawat Inap

Brawijaya Women and Children Hospital memiliki ruang perawatan dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 69 tempat tidur dengan tipe kelas perawatan sebagai berikut :



1. VVIP	:	3 tempat tidur
2. VIP (+)	:	1 tempat tidur
3. VIP	:	16 tempat tidur
4. Junior Sweet	:	3 tempat tidur
5. Kelas I	:	10 tempat tidur
6. Kelas II	:	6 tempat tidur
7. Kelas III	:	5 tempat tidur
8. Pediatrik/anak	:	8 tempat tidur
9. Nursery/bayi	:	10 tempat tidur
10. NICU	:	3 tempat tidur
11. ICU	:	2 tempat tidur
12. Isolasi	:	2 tempat tidur

3.5.4. Fasilitas Pelayanan Paket Medical Check Up

- **Paket Pre Employment Check Up**

Meliputi pemeriksaan darah rutin hematology, hepatitis B dan urin rutin. optional : urin narkoba

- **Paket Routine Employment Check Up**

Meliputi konsultasi dokter (cek fisik), pemeriksaan darah rutin hematology, urin (rutin dan benzodiazepin), tes fungsi hati (SGOT-(ALT), SGPT-(ALT), fungsi ginjal (urea, creatinin, uric acid), lipid (total kolesterol, HDL, LDL, trglyceride), dan glukosa (fasting blood, 2 hr PP).

- **Paket Executive Medical Check Up – Pria**

Meliputi cek fisik dokter, konsultasi spesialis, dental, treadmill, ECG, spirometri, pemeriksaan darah rutin hematology, tes fungsi hati (SGOT/AST, SGPT/ALT, alkali phospatase, gamma GT, total protein/albumin/globulin), tes fungsi ginjal (ureum, creatinin, uric acid), profil lemak (total kolesterol, HDL, LDL, trygliceride, lip protein A), glukosa (fast blood, 2 hr PP), hepatitis (HbsAg, Anti HBS Titer, Anti HCV), Lab PSA, VDRL, TPHA, Thyroid (TSH, FT4), torax, faeces, dan darah samar.

- **Paket Executive Medical Check Up – Wanita**

Meliputi cek fisik dokter, konsultasi spesialis, dental, USG 4D kandungan, ECG, pemeriksaan darah rutin hematology, tes fungsi hati (SGOT/AST, SGPT/ALT, alkali phospatase, gamma GT, total protein/albumin/globulin), tes fungsi ginjal (ureum, creatinin, uric acid), profil lemak (total kolesterol, HDL, LDL, trygliceride, lip protein A), glukosa (fast blood, 2 hr PP), hepatitis (HbsAg, Anti HBS Titer, Anti HCV), Lab VDRL, TPHA, torax, feces, darah samar, dan pap smear. Mammogram merupakan opsi tambahan dalam pemeriksaan ini.

- **Paket Comprehensive Medical Check Up**

Meliputi cek fisik dokter, konsultasi dokter, ECG, treadmill, thorax, spirometer, lab rutin hematology, tes glukosa (fasting blood dan 2 hr PP), tes fungsi hati (bilirubin total, bilirubin direct, bilirubin indirect, SGOT (AST), SGPT (ALT), alkali phosphatase, tes fungsi ginjal (urea, creatinin, uric acid), lemak (kolesterol total, HDL, LDL direct, LDL indirect, trygliceride), pemeriksaan urine, dan feces.

Untuk wanita, medical check-up tambahan meliputi: USG 2D, pap smear, dan mammography. Dan untuk pria, medical check-up tambahan meliputi: deteksi kanker dini khusus pria.

3.5.5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tambahan

- Psikologi untuk ibu & anak
- Video shooting dan photography untuk dokumentasi kelahiran bayi
- Pengurusan akte kelahiran
- Penyedia jasa baby sitter
- Jasa penterjemah (khusus bagi pasien yang berkomunikasi dalam bahasa Inggris)
- Penyediaan jasa penata rambut profesional

3.6. Pencapaian Kinerja Brawijaya Women and Children Hospital

Rumah sakit adalah suatu institusi yang menawarkan jasa pelayanan kesehatan dengan memiliki berbagai karakteristik yang dapat dipastikan tidak dimiliki oleh bentuk organisasi lain. Agar tujuan rumah sakit dapat tercapai dengan

baik, maka pengelolaan harus efektif dan efisien. Secara garis besar pengelolaan rumah sakit dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi *medik* yang meninjau efisien dari sudut mutu pelayanan medik dan dari segi *ekonomis* yang meninjau dari segi pendayagunaan sarana yang tersedia.

Untuk dapat melaksanakan pengelolaan diatas, suatu rumah sakit harus menentukan standar mutu dari kinerja rumah sakit itu sendiri agar setiap keputusan yang diambil untuk penyelesaian masalah yang muncul, tidak akan merugikan rumah sakit itu sendiri.

Indikator kinerja mutu suatu rumah sakit dapat kita lihat dari *average length of stay* atau lama rawat pasien di rumah sakit tersebut, *bed occupation rate* atau efisiensi penggunaan tempat tidur di unit rawat inap rumah sakit, *turn over interval* atau rentang waktu digunakannya kembali tempat tidur di rumah sakit, *bed turn over* atau efektivitas penggunaan tempat tidur di rumah sakit, *net death rate* dan *gross death rate* atau angka kematian yang terjadi di rumah sakit tersebut baik yang kurang dari 48 jam atau kematian yang lebih dari 48 jam (kematian umum).

TABEL 3.3
PENCAPAIAN KINERJA BRAWIJAYA WOMEN AND CHILDREN HOSPITAL
TAHUN 2007

NO	KINERJA	BULAN											
		JAN	PEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOP	DES
1	Jumlah Kunjungan Poliklinik	827	917	1083	1276	1456	1533	703	1766	1830	2266	2606	2712
	Pasien Baru	427	453	452	478	494	478	524	523	523	507	592	735
	Pasien Lama	400	464	631	798	962	1055	179	1243	1307	1759	2014	1977
2	Pasien Rawat Inap	48	95	80	103	116	98	121	111	127	113	148	135
3	BOR	13.01	19.56	15.18	21.74	28.74	24.62	23.91	20.13	27.22	22.88	26.54	21.62
4	AVLOS	3.05	3.28	3.03	3.13	3.48	3.11	3.19	3.27	3.74	3.24	3.09	2.46
5	TOI	20.58	10.22	14.11	9.56	8.84	9.57	9.94	12.15	10.92	9.85	8.62	8.99
6	BTO	1.31	2.2	1.86	2.45	2.5	2.36	2.37	2.04	2.00	2.43	2.56	2.7
7	NDR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
8	GDR	0.00	0.00	12.2	0.00	0.00	9.62	8.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
9	Jumlah Tempat Tidur	29	44	44	44	44	44	51	54	54	54	54	54

Sumber : Laporan Rekam Medis Brawijaya Women and Children Hospital tahun 2007.

3.7. Gambaran Umum Pengembangan Dan Pengorganisasian Rekam Medis Elektronik Di Brawijaya Women And Children Hospital

3.7.1. Awal Pengembangan Rekam Medis Elektronik

Proses yang dilakukan dalam menerapkan rekam medis elektronik ini, mengadopsi sistem yang ada di salah satu rumah sakit di luar negeri, awalnya rumah sakit ini dalam pengembangan sistem informasi berbasis elektronik ini bekerjasama dengan perusahaan Columbia-Asia, namun seiring berjalannya waktu, kerjasama itu dibubarkan karena ada masalah dalam pengorganisasiannya.

Dalam penerapan rekam medis elektronik ini di Brawijaya Women and Children hospital sudah dilaksanakan sesuai dengan langkah-langkah penerapan sistem informasi rumah sakit mulai dari perencanaan sistem sampai pada perencanaan aplikasi yang digunakan dalam penerapan rekam medis elektronik ini telah dilakukan. Namun, secara otentik tentang hal tersebut tidak terdokumentasi dengan baik.

Manajemen dan pihak terkait lainnya serta para pengguna dari sistem ini mulai dari dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya pada saat pertama kali duduk bersama untuk membicarakan dan mengevaluasi proses bisnis yang ada terkait dengan penerapan rekam medis elektronik ini.

Kemudian masing-masing pengguna ditanya maunya seperti apa sistem yang diinginkan mulai dari dokter, perawat, dan tenaga kesehatan yang ikut andil dalam penerapan rekam medis elektronik ini. Mengingat penerapan rekam medis elektronik ini sangat baru dan masih jarang, dan banyak dari para tenaga kesehatan yang telah bergabung dengan rumah sakit ini tidak terlalu akrab dengan

penerapan sistem ini. Oleh sebab itu *programmer* atau tim IT memperlihatkan kepada dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya bentuk sistem aplikasinya. Sehingga setelah itu para pengguna memberikan masukan-masukan kepada tim IT tersebut.

Pada awal-awal penerapan rekam medis elektronik ini, masih sangat jarang dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang menggunakan sistem ini. Jarang dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya itu mengisi catatan klinis pasien lebih diakibatkan proses adaptasi yang memang butuh waktu lama. Disamping itu, sistem elektronik ini masih sering ada gangguan pada awal-awal digunakan.

Namun seiring berjalannya waktu, dengan terus menerus melakukan penyempurnaan pada sistem, maka makin banyak dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang memasukkan data klinis ke dalam sistem komputer, sehingga tidak perlu menuliskan di file manual. Semenjak awal tahun ini, para pengguna rekam medis elektronik ini dimulai dari semua dokter diwajibkan untuk memasukkan data ke dalam komputer. Secara bertahap nanti hal yang sama akan diberlakukan kepada tenaga kesehatan lainnya. Sehingga nantinya tujuan dari rumah sakit untuk menggunakan sistem informasi berbasis elektronik dapat tercapai.

3.7.2. Pengorganisasian Rekam Medis Elektronik

Semua data rekam medis elektronik disimpan di Unit Rekam Medis Brawijaya Women and Children Hospital sehingga siapapun yang meminta laporan baik itu harian, bulanan, bahkan tahunan di lakukan di unit rekam medis.

Semua laporan dibuat di unit rekam medis tetapi dikeluarkan atas izin kepala Ancillary.

Pengorganisasian rekam medis elektronik ini dilaksanakan oleh unit rekam medis dan IT Radiant Brawijaya Women and Children Hospital. Perencanaan dan pembuatan model dari aplikasi rekam medis elektronik ini dilakukan dengan menanyakan kepada masing-masing unit yang terkait di dalamnya mulai dari para dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya baru kemudian dikomunikasikan dengan direktur. Sejauh ini evaluasi, baru dilakukan untuk penerapan rekam medis elektronik di unit rawat jalan dan unit rekam medis ikut terlibat dalam evaluasi tersebut tetapi untuk penerapan rekam medis elektronik rawat inap belum ada.

Untuk tim khusus dalam mengawasi jalannya rekam medis elektronik ini tidak ada tetapi untuk saat ini masih diserahkan kepada masing-masing kepala unitnya.

BAB IV

KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

4.1. Kerangka Pikir

Persepsi seseorang dalam memandang sesuatu tidaklah sama. Persepsi seseorang tidak timbul begitu saja. Ada sejumlah faktor yang berperan dalam membentuk dan kadang memutarbalikkan persepsi orang tersebut. Faktor itulah yang menyebabkan tiap individu yang melihat sesuatu mungkin memberikan interpretasi yang berbeda terhadap apa yang dia lihat (Robbins, S, 2003).

Faktor yang membentuk persepsi individu itu dapat berasal dari internal individu maupun eksternal individunya (Krech, dkk dalam Sri Tjahjorini Sugiharto 2000).

Untuk faktor internal individu, dalam kerangka pikir ini penulis menggabungkan 2 teori yang mengemukakan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi individu yaitu gabungan antara Teori Baltus (1983) dan Irwin Rosentoch & Beeper (1974) dikutip dari Sushihar (2004). Menurut Baltus (1983) ada 5 faktor yang mempengaruhi persepsi individu terhadap sesuatu yaitu : kemampuan dan keterbatasan fisik, kondisi lingkungan, pengalaman masa lalu, kebutuhan dan keinginan, dan kepercayaan, prasangka dan nilai. Sedangkan menurut Irwin Rosentoch & Beeper (1974) dikutip dari Sushihar (2004) faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi individu ditinjau dari 3 variabel yaitu

1. Variabel demografi terdiri dari : umur, pendidikan, lama kerja, sosial ekonomi
2. Variabel sosiopsikologi : pengalaman
3. Variabel struktur : pengetahuan

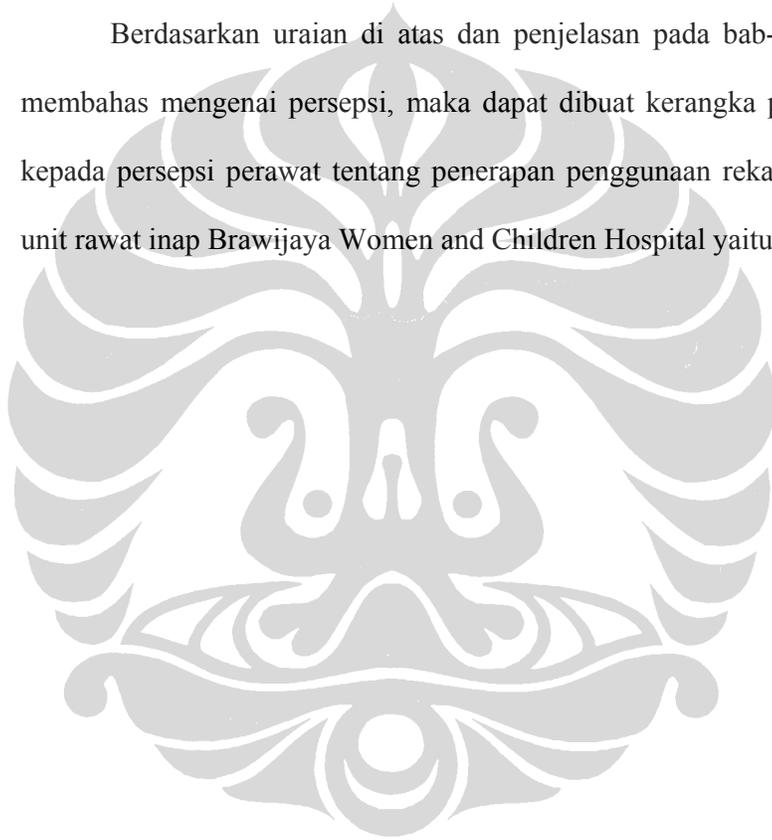
Sedangkan untuk variabel eksternal yang mempengaruhi individu terkait dengan penerapan rekam medis elektronik ini, penulis berorientasi pada teori Hutchinson (1997) yang mengemukakan bahwa faktor eksternal yang mempengaruhi individu adalah faktor yang melekat pada objek yang diteliti. Dalam hal ini terkait dengan objek yaitu penerapan rekam medis elektronik di unit rawat inap, faktor eksternal tersebut disesuaikan dengan keadaan di lapangan oleh peneliti, yaitu kebijakan rumah sakit berupa SK direktur dan SOP, dukungan organisasi, ketersediaan sarana dan prasarana yang disediakan.

Menurut Hutchinson (1997), menyebutkan bahwa dukungan organisasi dapat dipandang sebagai komitmen organisasi pada individu. Bila interaksi dalam individu dan organisasi, dikenal sebagai komitmen organisasi dari individu pada organisasinya, maka dukungan organisasi sebaliknya, komitmen organisasi pada individunya. Bentuk-bentuk dukungan organisasi tersebut antara lain bersifat ekstrinsik (material) terdiri dari bonus, gaji, kompensasi, tunangan, dll, dan yang bersifat interinsik (nonmaterial) terdiri dari perhatian, pujian, penerimaan, keakraban, informasi pengembangan diri.

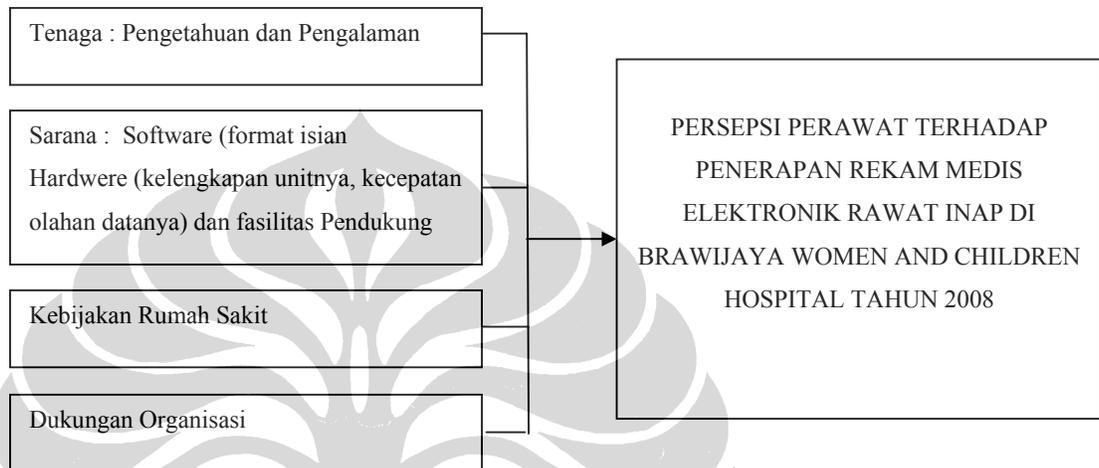
Untuk sarana dan prasarana yang disediakan dalam operasional penerapan rekam medis elektronik ini sebagai salah satu bentuk pendokumentasian elektronik, maka dapat berupa sarana software, hardware, dan fasilitas pendukung lainnya (Anderson, 1994).

Dalam penelitian ini, peneliti mengelompokkan faktor ketenagaan terdiri dari pengetahuan dan pengalaman, hal ini untuk memudahkan peneliti dalam pengelompokan variabel-variabel dalam kerangka pikir. Faktor ketersediaan sarana dalam penerapan rekam medis elektronik ini, faktor kebijakan dan dukungan organisasi.

Berdasarkan uraian di atas dan penjelasan pada bab-bab sebelumnya yang membahas mengenai persepsi, maka dapat dibuat kerangka pikir yang berorientasi kepada persepsi perawat tentang penerapan penggunaan rekam medis elektronik di unit rawat inap Brawijaya Women and Children Hospital yaitu :



Gambar 4.1
Kerangka Pikir



Kerangka pikir ini terdiri dari ketenagaan yang berorientasi pada pengetahuan, dan pengalaman, sarana yang terdiri dari software, hardware dan fasilitas pendukung, kebijakan yang terdiri dari SK dan protab kerja dan dukungan organisasi baik secara interinsik atau eksterinsik dalam pelaksanaan penerapan rekam medis elektronik di unit rawat inap.

4.2. Definisi Istilah

Untuk dapat memperjelas kerangka pikir, maka diberikan definisi istilah dari setiap variabel penelitian.

No	Variabel	Definisi Istilah	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
I. A.	Tenaga	Seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan dan diberikan kewenangan untuk melaksanakan peran dan fungsinya sesuai dengan ilmu keperawatan yang diperolehnya, yang bertugas di unit rawat inap lantai 2, 3, dan 4	a. Wawancara mendalam	a. Pedoman wawancara mendalam	a. Pernyataan informan terkait dengan pendidikan formal yang pernah diikuti
	1. Pengetahuan	Pengetahuan perawat terhadap manfaat dan keunggulan/kelebihan serta pelaksanaan dari penerapan rekam medis elektronik rawat inap dalam pendokumentasikan catatan keperawatan	a. Wawancara mendalam	a. Pedoman wawancara mendalam	a. Pernyataan Informan terkait dengan pengetahuan terhadapapa manfaat, kelebihan dan pelaksanaan rekam medis elektronik.
	2. Pengalaman	Pengalaman perawat dalam penggunaan rekam medis elektronik rawat inap.	a. Wawancara mendalam b. Telaah dokumen	a. Pedoman wawancara mendalam b. Dokumen	a. Pernyataan Informan terkait dengan pengetahuan terhadapapa manfaat, kelebihan dan pelaksanaan rekam medis elektronik. b. Laporan pengisian rekam medis elektronik

B.	Sarana	Fasilitas yang digunakan untuk memudahkan dalam penerapan rekam medis elektronik.	a. Wawancara mendalam	a. Pedoman wawancara mendalam	a. Pernyataan informan terkait dengan sarana yang ada dalam penerapan rekam medis elektronik.
	1. Hardware	Kumpulan alat yang dapat menerima, memproses dan menampilkan data dan informasi berupa Kelengkapan unit komputernya, kecepatan olahan data dalam sistem aplikasi rekam medis elektronik yang digunakan perawat untuk memudahkan pelaksanaan pendokumentasian keperawatan.	a. Wawancara mendalam b. Observasi	a. Pedoman wawancara mendalam b. Daftar checklist	a. Pernyataan informan terkait dengan kelengkapan dan kecepatan olahan data di dalam aplikasi rekam medis elektronik b. Daftar checklist observasi
	2. Software	Kumpulan program yang menjadikan hardware dapat melakukan prosesnya. Terdiri dari format isian yang ada ada dalam sistem aplikasi rekam elektronik yang digunakan perawat untuk memudahkan pelaksanaan pendokumentasian keperawatan di unit inap.	a. Wawancara mendalam b. Observasi	a. Pedoman wawancara mendalam b. Daftar checklist	a. Pernyataan informan terkait dengan format isian di dalam aplikasi rekam medis elektronik b. Daftar checklist observasi
	3. Fasilitas Pendukung	Sarana penunjang yang digunakan untuk kelancaran penerapan rekam medis elektronik di unit rawat inap, seperti adanya buku pedoman manual penggunaan dokumentasi keperawatan secara elektronik. Uang yang digunakan untuk rekrutmen dan seleksi karyawan baru	a. Wawancara mendalam b. Observasi	a. Pedoman wawancara mendalam b. Daftar checklist	a. Pernyataan informan terkait dengan fasilitas pendukung di dalam aplikasi rekam medis elektronik b. Daftar checklist observasi
C.	Kebijakan	Aturan pelaksanaan berupa SK serta kebijakan organisasi terhadap pelaksanaan penerapan rekam medis elektronik kepada perawat di unit rawat inap berupa	a. Wawancara mendalam	a. Pedoman wawancara mendalam	a. Pernyataan informan terkait dengan kebijakan dalam penerapan rekam medis

		pedoman tata kerja/SOP.	b. Telaah Dokumen	b. Dokumen	elektronik di unit rawat inap b. SK dan peraturan rumah sakit serta SOP yang mengatur tentang penerapan rekam medis elektronik di unit rawat inap
D.	Dukungan Organisasi	Dorongan organisasi dalam memberikan dukungan kepada perawat di unit rawat inap dalam melaksanakan pendokumentasian dengan rekam medis elektronik	a. Wawancara mendalam	a. Pedoman wawancara mendalam	a. Pernyataan informan terkait dengan dukungan organisasi dalam melaksanakan pendokumentasian dengan rekam medis elektronik
II.	Persepsi perawat terhadap penerapan rekam medis elektronik rawat inap di brawijaya women and children hospital tahun 2008	Proses mengetahui atau mengenali objek dan kejadian objektif dengan bantuan indra. Persepsi perawat yang mempengaruhi ia dalam pengisian rekam medis pasien di dalam sistem komputer. Persepsi ini berorientasi kepada pendapat perawat mengenai penerapan rekam medis elektronik di unit rawat inap.	a. Wawancara mendalam	a. Pedoman wawancara mendalam	a. Pernyataan informan terkait dengan penerapan rekam medis elektronik di unit rawat inap.