

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Koordinasi

Pengertian koordinasi menurut Sughanda (1991) adalah penyatupaduan gerak dari seluruh potensi dan unit-unit organisasi atau organisasi-organisasi yang berbeda fungsi agar secara benar-benar mengarah pada sasaran yang sama guna memudahkan pencapaiannya dengan efisien. Koordinasi diperlukan karena:

1. Suatu unit tak mungkin dapat berfungsi dengan baik tanpa dibantu oleh unit yang lain.
2. Tiap unit berkewajiban mendukung pelaksanaan fungsi unit lainnya bila seluruh organisasi ingin bergerak dengan lancar dan efektif melaksanakan tugasnya mencapai tujuan.

Berdasarkan definisi di atas, Sughanda (1991) menyimpulkan bahwa ada enam unsur yang terkandung dalam usaha koordinasi, yaitu:

1. Unit-unit

Unit-unit adalah kelompok-kelompok kerja di dalam suatu organisasi yang tentunya mempunyai fungsi yang berbeda.

2. Sumber-sumber atau potensi

Sumber-sumber atau potensi yang ada pada unit-unit suatu organisasi atau pada organisasi-organisasi adalah tenaga kerja, keterampilan dan pengetahuan personilnya, teknologi, anggaran serta fasilitas kerja lainnya.

3. Kesatupaduan

Kesatupaduan artinya terdapat pertautan atau hubungan di antara sesamanya sehingga mewujudkan suatu integritas atau suatu kesatuan yang kompak.

4. Gerak kegiatan

Gerak kegiatan adalah segala daya upaya, segala sesuatu tindakan yang dikerjakan oleh pejabat-pejabat maupun kelompok kerja dalam melakukan tugasnya.

5. Keresasian

Keresasian berarti adanya urutan-urutan pengerjaan sesuatu yang tersusun secara logis, sistematis atau dilakukan dalam waktu yang bersamaan akan tetapi tidak menimbulkan duplikasi, perjumpahan maupun pertentangan.

6. Arah yang sama atau sasaran

Arah yang sama dalam hal ini sebagai pedoman adalah sasaran yang sudah ditetapkan. Segala potensi itu diarahkan ke sasaran yang satu itu juga, sehingga tak terjadi penyimpangan.

2.1.1 Ruang Lingkup Koordinasi

Ada 4 ruang lingkup koordinasi ditinjau dari sudut-sudut bidangnya menurut Terry dalam Moekijat (1994), yaitu:

1. Koordinasi dalam individu

Dari sudut pandang manajemen, koordinasi jenis ini merupakan koordinasi yang paling tidak penting tapi kemampuan seorang individu untuk mengerjakan suatu pekerjaan tertentu dengan baik akan bergantung kepada suksesnya ia mengkoordinasikan kegiatan-kegiatannya sendiri

2. Koordinasi antara individu-individu dari suatu kelompok

Contoh yang paling jelas mengenai koordinasi ini adalah suatu kesebelasan sepak bola. Tanpa koordinasi sulit bagi kesebelasan tersebut untuk memenangkan pertandingan.

3. Koordinasi antara kelompok-kelompok dalam suatu perusahaan

Contoh koordinasi ini adalah kegiatan badan pegawai dalam mencari calon pegawai dan melatih pegawai-pegawai baru untuk bagian produksi dan bagian penjualan. Agar pelatihan dapat sukses, maka manajer kepegawaian harus menentukan atau mengetahui sumber kebutuhan pegawai yang tepat dari bagian produksi dan bagian penjualan dalam hubungannya dengan hal-hal seperti jumlah, kecakapan yang diperlukan, latar belakang calon yang dikehendaki dan waktu pelatihan agar mereka siap untuk pekerjaan. Calon-calon manakah yang dicari dan jenis serta jumlah pelatihan yang diberikan kepada mereka harus sewaktu-

waktu disesuaikan dengan apa yang diperlukan oleh bagian masing-masing di mana calon-calon akan ditempatkan.

4. Koordinasi antara perusahaan-perusahaan dan macam-macam peristiwa dunia

Kegiatan perusahaan secara keseluruhan harus sesuai dengan berbagai kekuatan di luar perusahaan. Hal ini meliputi perusahaan lain, tindakan peraturan pemerintah, dan kedudukan perekonomian nasional dan perekonomian dunia. Tidak ada perusahaan yang dapat berdiri sendiri. Perusahaan itu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kekuatan-kekuatan dari luar.

2.1.2 Jenis-Jenis Koordinasi

Secara teoritis, koordinasi dapat dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu:

1. Berdasarkan ruang lingkungannya
 - a. Koordinasi internal, yaitu koordinasi antar pejabat atau antar unit di dalam suatu organisasi.
 - b. Koordinasi eksternal, yaitu koordinasi antar pejabat dari berbagai organisasi atau antar organisasi.
2. Berdasarkan arahnya
 - a. Koordinasi horizontal, yaitu koordinasi antar pejabat atau antar unit yang mempunyai tingkat hierarki yang sama dalam suatu organisasi dan antar pejabat dari organisasi-organisasi yang sederajat atau antar organisasi yang setingkat.
 - b. Koordinasi vertikal, yaitu koordinasi antara pejabat-pejabat dan unit-unit tingkat bawah oleh pejabat atasannya atau unit tingkat atasnya langsung, juga cabang-cabang suatu organisasi oleh organisasi induknya.
 - c. Koordinasi diagonal, yaitu koordinasi antar pejabat atau unit yang berbeda fungsi dan berbeda tingkatan hierarkinya.
 - d. Koordinasi fungsional, yaitu koordinasi antar pejabat, antar unit atau antar organisasi yang didasarkan atas kesamaan fungsi atau karena koordinatornya mempunyai fungsi tertentu.

3. Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No. 6 Tahun 1988
 - a. Koordinasi fungsional, yaitu koordinasi antara dua atau lebih instansi yang mempunyai program yang berkaitan erat.
 - b. Koordinasi instansional, yaitu koordinasi antara beberapa instansi yang menangani satu urusan tertentu yang bersangkutan.
 - c. Koordinasi teritorial, yaitu koordinasi antara dua atau lebih wilayah dengan program tertentu.

2.1.3 Prinsip Koordinasi

Untuk menciptakan koordinasi tersebut, dalam bukunya, Sughandha (1991) menuliskan ada beberapa prinsip yang perlu diterapkan, antara lain:

1. Adanya kesepakatan dan kesatuan pengertian mengenai sasaran yang harus dicapai sebagai arah kegiatan bersama.
2. Adanya kesepakatan mengenai kegiatan atau tindakan yang harus dilakukan oleh masing-masing pihak, termasuk target dan jadwalnya.
3. Adanya ketaatan atau loyalitas dari setiap pihak terhadap bagian tugas masing-masing serta jadwal yang telah ditetapkan.
4. Adanya saling tukar informasi dari semua pihak yang bekerja sama mengenai kegiatan dan hasilnya pada suatu saat tertentu, termasuk masalah-masalah yang dihadapi masing-masing.
5. Adanya koordinator yang dapat memimpin dan menggerakkan serta memonitor kerja sama tersebut serta memimpin pemecahan masalah bersama.
6. Adanya informasi dari berbagai pihak yang mengalir kepada koordinator sehingga koordinator dapat memonitor seluruh pelaksanaan kerja sama dan mengerti masalah-masalah yang sedang dihadapi oleh semua pihak.
7. Adanya saling menghormati terhadap wewenang fungsional masing-masing pihak sehingga tercipta semangat untuk saling bantu.

2.1.4 Syarat-Syarat Koordinasi

Ada 9 syarat untuk mencapai koordinasi yang efektif menurut Tripathi dan Reddy dalam Moekijat (1994), yaitu:

1. Hubungan langsung

Koordinasi dapat lebih mudah dicapai melalui hubungan pribadi langsung di antara orang-orang yang bertanggung jawab. Melalui hubungan pribadi langsung, ide-ide, cita-cita, tujuan-tujuan, pandangan-pandangan dapat dibicarakan dan salah paham, apabila ada, dapat dijelaskan jauh lebih baik daripada melalui metode apapun lainnya.

2. Kesempatan awal

Koordinasi dapat dicapai lebih mudah dalam tingkat-tingkat awal perencanaan dan pembuatan kebijaksanaan. Misalnya, sambil mempersiapkan rencana itu sendiri harus ada konsultasi bersama. Dengan cara demikian tugas penyesuaian dan penyatuan dalam proses pelaksanaan rencana menjadi lebih mudah.

3. Kontinuitas

Koordinasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan dan harus berlangsung pada semua waktu mulai dari tahap perencanaan. Oleh karena koordinasi merupakan dasar struktur organisasi, maka koordinasi harus berlangsung selama perusahaan melaksanakan fungsinya.

4. Dinamisme

Koordinasi harus secara terus menerus diubah mengingat perubahan-perubahan lingkungan baik intern maupun ekstern. Dengan kata lain koordinasi itu jangan kaku. Koordinasi dapat menemukan kekuatan-kekuatan dan kelemahan-kelemahan baru yang pada waktunya dapat menambah masalah. Koordinasi akan meredakan masalah-masalah apabila timbul. Koordinasi yang baik sekali akan mengetahui secara dini dan mencegah kejadiannya.

5. Tujuan yang jelas

Tujuan yang jelas itu penting untuk memperoleh koordinasi yang efektif dalam suatu perusahaan. Manajer-manajer bagian harus diberi tahu tentang tujuan perusahaan dan diminta agar bekerja untuk tujuan bersama perusahaan. Suatu tujuan yang jelas dan diberitahukan secara efektif kepada kepala-kepala bagian dimaksudkan untuk menghasilkan keselarasan tindakan.

6. Organisasi yang sederhana

Struktur organisasi yang sederhana memudahkan koordinasi yang efektif. Penyusunan kembali bagian-bagian dapat dipertimbangkan untuk memiliki koordinasi yang lebih baik di antara kepala-kepala bagian. Pelaksanaan pekerjaan dan fungsi yang erat berhubungan dapat ditempatkan di bawah beban seorang pejabat pimpinan apabila hal ini akan mempermudah pengambilan tindakan yang diperlukan untuk koordinasi. Disarankan agar semua bagian yang saling berhadapan dapat dipercayakan kepada seorang atasan bersama untuk menjamin koordinasi yang lebih baik. Suatu sub bagian merupakan suatu contoh jenis pengelompokan ini. Suatu sub bagian membuat koordinasi lebih mudah dan membantu penyesuaian yang cepat terhadap perubahan lingkungan.

7. Perumusan wewenang dan tanggung jawab yang jelas

Faktor lain yang memudahkan koordinasi adalah definisi wewenang dan tanggung jawab yang jelas untuk masing-masing individu dan bagian. Wewenang yang jelas tidak hanya mengurangi pertentangan di antara pegawai-pegawai yang berlainan, tapi juga membantu mereka dalam pelaksanaan pekerjaan dengan kesatuan tujuan. Selanjutnya, wewenang yang jelas membantu manajer dalam memelihara orang-orang bawahan bertanggung jawab atas pelanggaran pembatasan-pembatasan.

8. Komunikasi yang efektif

Komunikasi yang efektif merupakan salah satu persyaratan untuk koordinasi yang baik. Melalui saling tukar informasi secara terus menerus, perbedaan-perbedaan individu dan bagian dapat diatasi dan perubahan-perubahan kebijaksanaan, penyesuaian program-program, program-program untuk waktu yang akan datang dan sebagainya dapat dibicarakan. Melalui komunikasi yang efektif tindakan-tindakan atau pelaksanaan-pelaksanaan pekerjaan yang bertentangan dengan tujuan-tujuan perusahaan dapat dihindarkan dan kegiatan-kegiatan keseluruhan staf dapat diarahkan secara harmonis menuju ke pelaksanaan tujuan perusahaan yang telah ditentukan.

9. Kepemimpinan dan supervisi yang efektif

Suksesnya koordinasi banyak dipengaruhi oleh hakikat kepemimpinan dan supervisi. Kepemimpinan yang efektif menjamin koordinasi kegiatan orang-orang, baik pada tingkat perencanaan maupun pada tingkat pelaksanaan. Pemimpin yang efektif membuat kepercayaan terhadap orang-orang bawahan dan memelihara juga semangat kerja mereka. Sesungguhnya, kepemimpinan yang efektif merupakan metode koordinasi yang paling baik dan tidak ada metode lain yang dapat menggantikannya.

2.1.5 Hambatan Koordinasi

Ada empat jenis sikap dan gaya kerja yang berlainan yang cenderung timbul di antara berbagai bagian organisasi yang menyukarkan penciptaan koordinasi menurut Lawrence dan Lorsch dalam Sughandi (1991), yaitu:

1. Perbedaan dalam orientasi kepada sasaran khusus

Hal ini terjadi karena orang-orang dari bagian (unit) yang berbeda akan mengembangkan pandangan-pandangannya sendiri tentang apa yang paling baik bagi organisasi. Bagi para penjual dari suatu organisasi perusahaan umpamanya, keragaman hasil produksi harus lebih diutamakan dari pada kualitas. Seorang pegawai pembukuan mungkin akan menganggap bahwa pengawasan biaya adalah lebih penting dari apapun juga agar organisasi berhasil. Sedangkan manajer marketing akan menganggap bahwa desain produk justru lebih penting kalau organisasi perusahaan mau berhasil.

2. Perbedaan dalam orientasi waktu

Beberapa anggota organisasi seperti umpamanya manajer produksi akan lebih memperhatikan masalah-masalah yang perlu segera ditangani dalam waktu yang singkat, sedangkan para anggota tim peneliti mungkin perhatiannya akan lebih tertuju kepada masalah-masalah yang akan memakan waktu bertahun-tahun untuk diatasinya.

3. Perbedaan dalam orientasi hubungan antar pribadi

Dalam beberapa kegiatan organisasi seperti produksi, mungkin orang-orang dalam cara berkomunikasi relatif lebih ringkas, tajam dan bernada tinggi, dan dalam membuat keputusan akan lebih cepat, sangat cekatan agar segala sesuatu tetap terus berjalan. Sedangkan pada unit-unit lain tampak sebaliknya, dalam berkomunikasi akan santai-santai saja, di mana tiap orang didorong untuk mengeluarkan pendapat, berbicara dan berdiskusi.

4. Perbedaan dalam formalitas struktur

Setiap jenis unit di dalam organisasi mungkin mempunyai perbedaan-perbedaan cara dan tolak ukur dalam menilai kemajuan pencapaian sasaran dan dalam memberi ganjaran kepada para pelaksana. Misalnya pada bagian produksi, tolak ukur akan dinyatakan secara eksplisit dalam bentuk biaya, kualitas dan jadwal sehingga didapat ukuran yang tepat bagi setiap kriteria. Akan tetapi di dalam bagian personalia tolak ukur pelaksanaan tugas mungkin akan dirumuskan secara lebih umum sehingga ketepatannya di dalam mengukur dan menilai pegawai akan kurang sempurna.

2.2 Manajemen Sistem Informasi

Ketiga unsur dalam manajemen sistem informasi, yaitu manajemen, sistem dan informasi adalah elemen-elemen yang tidak dapat dipisahkan untuk mencapai keberhasilan tujuan organisasi. Untuk mencapai tujuan organisasi diperlukan adanya manajemen. Manajemen perlu didukung oleh ketersediaan informasi. Beragamnya kebutuhan informasi dan informasi yang dihasilkan oleh tiap unit sesuai dengan tingkat manajemen masing-masing, diperlukan adanya kerja sama yang dapat melancarkan arus data dan informasi antar unit. Kerja sama dan ketergantungan masing-masing unit dalam kelancaran arus data dan informasi itulah yang disebut kerja sama subsistem dalam sistem. Kegiatan koordinasi pengelolaan informasi untuk semua subsistem informasi atau untuk keseluruhan organisasi disebut manajemen sistem informasi.

2.2.1 Manajemen

Manajemen adalah proses kegiatan mengelola sumber daya manusia, material dan metode berdasarkan fungsi-fungsi manajemen agar tujuan dapat tercapai secara efisien dan efektif. (Zulkifli, 2000)

2.2.1.1 Fungsi Manajemen

Fungsi manajemen adalah elemen-elemen dasar yang akan selalu ada dan melekat di dalam proses manajemen yang akan dijadikan acuan oleh manajer dalam melaksanakan kegiatan untuk mencapai tujuan. Ada beberapa pendapat yang dikemukakan oleh para ahli mengenai fungsi manajemen. Berikut adalah fungsi manajemen yang umum digunakan, yaitu:

1. Perencanaan (*planning*)

Perencanaan adalah fungsi manajemen yang berkaitan dengan penyusunan tujuan dan menjabarkannya dalam bentuk perencanaan untuk mencapai tujuan tersebut.

2. Pengorganisasian (*organizing*)

Pengorganisasian adalah fungsi manajemen yang berkaitan dengan pengelompokkan personil dan tugasnya untuk menjalankan pekerjaan sesuai tugas dan misinya.

3. Pengaturan personil (*staffing*)

Pengaturan personil adalah fungsi manajemen yang berkaitan dengan kegiatan bimbingan dan pengaturan kerja personil unit masing-masing manajemen sampai pada kegiatan seperti seleksi, penempatan, pelatihan, pengembangan dan kompensasi sebagai bagian dari bantuan unit pada unit personalia organisasi dalam pengembangan sumber daya manusia.

4. Pengarahan (*directing*)

Pengarahan adalah fungsi manajemen yang berkaitan dengan kegiatan melakukan pengarahan-pengarahan, tugas-tugas dan instruksi.

5. Pengawasan (*controlling*)

Pengawasan adalah kegiatan manajemen yang berkaitan dengan pemeriksaan untuk menentukan apakah pelaksanaannya sudah dikerjakan

sesuai dengan perencanaan, sudah sampai sejauh mana kemajuan yang dicapai dan perencanaan yang belum mencapai kemajuan serta melakukan koreksi bagi pelaksanaan yang belum terselesaikan sesuai rencana.

2.2.1.2 Tingkatan Manajemen

Dalam organisasi, terdapat tingkatan-tingkatan manajemen. Pada umumnya tingkatan-tingkatan tersebut adalah:

1. Manajemen lini puncak

Kegiatan manajemen lini puncak adalah memformulasikan perencanaan dan strategi. Tingkat manajemen ini berorientasi pada masa depan organisasi dan meninjau hasil kerja dan pencapaian tujuan organisasi secara umum dan menyeluruh. Tugas-tugas pada tingkat ini terutama mengkoordinasikan keseluruhan upaya dan organisasi dan hubungan dengan lain-lain organisasi dan masyarakat.

2. Manajemen lini tengah

Manajemen lini tengah ini bertugas meninjau hasil dalam organisasi dan dengan kegiatan-kegiatan pengawasan yang menggerakkan organisasi mencapai sasaran. Manajemen pada lini ini lebih berorientasi pada masalah-masalah pelatihan personel, pertimbangan terhadap personel, pengadaan peralatan dan bahan dan lain-lain yang berhubungan dengan masalah-masalah kritis dalam mencapai keberhasilan kinerja.

3. Manajemen lini bawah

Manajemen lini bawah disebut juga manajemen operasional. Tugas pentingnya adalah mengawasi dan mengatur personel berketerampilan teknis atau karyawan biasa. Para manajer pada tingkat ini mengusahakan agar pekerjaan dilaksanakan sesuai prosedur dan metode yang sudah ditentukan sehingga pekerjaan dapat diselesaikan sesuai rencana, sesuai jadwal waktu, hubungan manusia, pembiayaan dan pengawasan kualitas.

2.2.2 Sistem

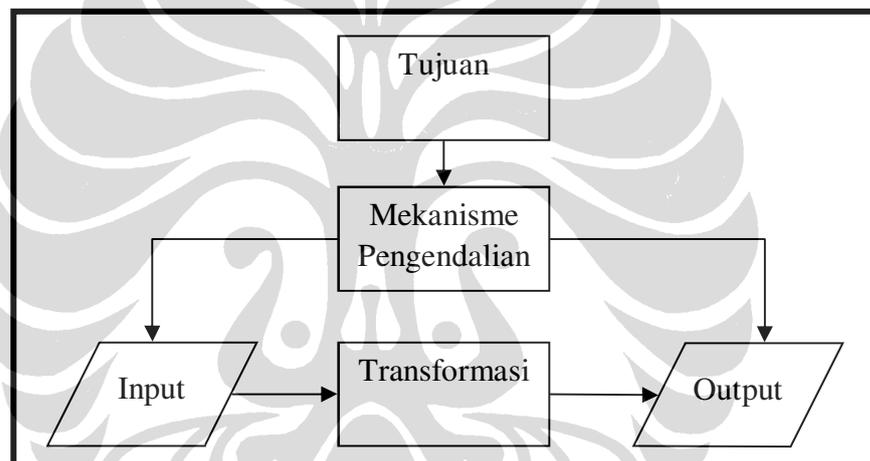
Dalam Sabarguna (2005), Thaurany mendefinisikan sistem sebagai suatu kesatuan yang untuk dan terdiri dari berbagai faktor yang berhubungan atau diperkirakan berhubungan serta satu sama lain saling mempengaruhi, yang kesemuanya dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Raymond (1994) mengklasifikasikan sistem menjadi dua, yaitu:

1. Sistem lingkaran tertutup

Semua sistem tidak memiliki kombinasi elemen-elemen yang sama, tetapi suatu susunan dasar seperti gambar berikut ini:

Gambar 2.1.
Sistem Lingkaran Tertutup

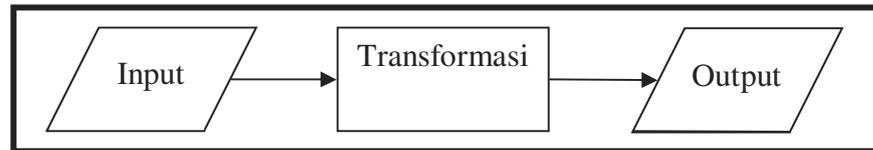


Sumber daya input diubah menjadi sumber daya output. Sumber daya mengalir dari elemen input, melalui elemen transformasi kepada elemen output. Suatu mekanisme kontrol memantau proses transformasi untuk meyakinkan bahwa sistem tersebut memenuhi tujuannya. Mekanisme kontrol ini dihubungkan pada arus sumber daya dengan memakai suatu lingkaran umpan balik yang mendapatkan informasi dari output sistem dan menyediakan informasi bagi mekanisme kontrol.

2. Sistem lingkaran terbuka

Tidak semua sistem dapat mengatur operasinya sendiri. Suatu sistem tanpa elemen mekanisme kontrol, lingkaran umpan balik dan tujuan disebut sistem lingkaran terbuka.

Gambar 2.2.
Sistem Lingkaran Terbuka



2.2.3 Informasi

Tanpa dukungan informasi, manajemen suatu organisasi tidak akan dapat mencapai tujuan yang direncanakan, apalagi untuk mencapai sasaran secara efisien dan efektif. Informasi itu sendiri adalah data yang sudah diolah dengan cara tertentu sesuai dengan bentuk yang diperlukan.

Data adalah keterangan tertulis mengenai suatu fakta (kenyataan) yang masih berdiri sendiri, belum mempunyai pengertian sebagai kelompok, belum terkoordinasi satu sama lain, dan belum diolah sesuai keperluan tertentu. Berdasarkan sifatnya, data dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu: (Zulkifli, 2000)

1. Data statis, yaitu jenis data yang umumnya tidak berubah atau jarang berubah.
2. Data dinamis, yaitu jenis data yang selalu berubah baik dalam frekuensi waktu yang singkat (harian) atau agak lama (semesteran) dan lain-lain.

Kegiatan merubah data menjadi informasi yang meliputi pengumpulan data, penyebaran data dengan meneruskannya ke unit lain, atau langsung diolah menjadi informasi, kemudian informasi tersebut diteruskan ke unit lain disebut pekerjaan informasi. Informasi ini dapat langsung digunakan di unit kerja yang baru atau dapat juga dianggap sebagai data untuk diolah lagi sesuai keperluan unit bersangkutan.

2.3 Sistem Informasi Rumah Sakit

Definisi sistem informasi menurut Jogiyanto dalam Sabarguna (2005) adalah suatu cara yang sudah tertentu untuk menyediakan informasi yang dibutuhkan oleh organisasi untuk beroperasi dengan cara yang sukses dan untuk organisasi bisnis dengan cara yang menguntungkan. Sedangkan yang dimaksud dengan rumah sakit menurut UU No. 23 Tahun 1992 adalah suatu sarana

kesehatan yang berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau upaya kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang, dengan tetap memperhatikan fungsi sosial, serta dapat juga dipergunakan untuk kepentingan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Sistem informasi rumah sakit menurut Siregar dalam Sabarguna (2005) adalah suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengelolaan data, penyajian informasi, analisa dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit.

2.3.1 Peran Sistem Informasi Rumah Sakit

Sistem informasi rumah sakit sangat berperan dalam mendukung:

1. Pengendalian mutu pelayanan medis.
2. Pengendalian mutu dan penilaian produktivitas.
3. Analisa pemanfaatan dan perkiraan kebutuhan.
4. Perencanaan dan evaluasi program.
5. Menyederhanakan pelayanan.
6. Penelitian klinis.
7. Pendidikan.

2.3.2 Jenis Sistem Informasi Rumah Sakit

Ada tiga jenis sistem informasi rumah sakit yang dikemukakan oleh Austin dalam Sabarguna (2005), yaitu:

1. Sistem informasi manajemen

Sistem informasi manajemen merupakan sistem informasi yang membantu manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan, contohnya sistem informasi manajemen pelayanan, sistem informasi keuangan dan sistem informasi pemasaran.

2. Sistem informasi administrasi

Sistem informasi administrasi merupakan sistem informasi yang membantu pelaksanaan administrasi di rumah sakit, contohnya sistem

informasi *billing system*, sistem informasi penggajian dan sistem informasi farmasi.

3. Sistem informasi klinik

Sistem informasi klinik merupakan sistem yang membedakan sistem informasi rumah sakit dengan sistem informasi jasa lainnya. Sistem informasi ini meliputi proses penyimpanan dan pengambilan informasi dalam membantu kegiatan pelayanan langsung pada pasien. Pelayanan langsung ini meliputi:

- a. Pembantu dalam diagnosa penyakit.
- b. Pembantu dalam monitoring pengembangan pasien.
- c. Pembantu dalam penyesuaian terapi.

Dari sekian banyak sistem yang ada dari sistem informasi klinis, di antaranya adalah:

a. Komputer pembantu diagnosa

Jenis ini meliputi pengumpulan data baik dari anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium yang diperlukan, penilaian atas data itu sehingga bisa dibandingkan dengan yang normal dan ciri khusus suatu penyakit sehingga akan membantu menentukan diagnosa. Contoh yang ada untuk jenis ini adalah sistem anamnesa otomatis. Pasien dengan memasukkan keluhan yang dirasa pada komputer maka akan muncul beberapa diferensial diagnosa untuk pegangan.

b. Komputer pembantu pengobatan dan tindak lanjut

Jenis ini akan membantu patokan terapi dan jadwal yang harus dipenuhi. Biasanya untuk terapi jangka panjang dan sensitif, misalnya terapi kanker dengan radiologi dan kemoterapi. Contoh di antaranya adalah komputer yang berisi gambaran protokol pengobatan suatu penyakit dan upaya untuk mengingatkan bila sampai pada waktunya (*Computerized Patient Follow Up System*).

c. Sistem pemantauan pasien

Sistem ini akan memantau pasien terus menerus tanpa lelah seperti halnya oleh manusia. Hal ini penting pada pelayanan ICU, Kamar Operasi dan ICCU.

d. Sistem informasi rekam medis

Tuntutan untuk memberikan pelayanan bermutu dan memperoleh penghasilan yang cukup untuk dapat melangsungkan pelayanan serta untuk dapat mengembangkan diri mengharuskan pengambilan keputusan berdasarkan informasi yang disampaikan kepada manajer rumah sakit didasarkan pada data yang akurat, tepat waktu dan tersaji dalam format yang sesuai.

Rekam medis merupakan inti dari sistem data klinis yang bertujuan untuk mengumpulkan, menganalisis, menyimpan dan melacak kembali data yang diperlukan dalam penyelenggaraan, pemantauan dan evaluasi pelayanan kesehatan terhadap pasien. Sistem data klinis ini meliputi:

- 1) Rekam medis masing-masing pasien. Isi rekam medis individual hendaknya mencerminkan sejarah perjalanan kondisi kesehatan seseorang pasien mulai dari lahir sampai berlangsungnya interaksi mutakhir antara pasien dengan rumah sakit.
- 2) Rangkuman data klinis untuk konsumsi manajer rumah sakit, pihak asuransi, kepala unit klinis dan institusi terkait pelaporan. Suatu rangkuman data klinis yang penting misalnya mengandung jumlah pasien rawat inap menurut ciri-ciri demografis, cara membayar, diagnosis dan prosedur operatif.
- 3) Registrasi penyakit, yaitu merupakan sistem informasi yang berbasis pada suatu komunitas atau wilayah administratif, mencakup semua kejadian penyakit tertentu di antara penduduk yang hidup di wilayah yang bersangkutan.

- 4) Data unit spesifik, yaitu suatu sistem informasi mungkin diperlukan untuk mengelola unit tertentu di rumah sakit. Sebagai contoh, unit-unit farmasi, laboratorium, radiologi dan perawatan memerlukan data inventori bahan-bahan habis pakai dan utilisasi jenis-jenis pelayanan untuk merencanakan dan mengefisienkan penggunaan sumber daya.
- 5) Sistem keputakaan medis dan pendukung pengambilan keputusan klinis untuk menunjang keberhasilan pelayanan klinis kepada pasien diperlukan sistem untuk mengarahkan klinisi pada masalah spesifik, merekomendasikan keputusan klinis berbasis pada probabilitas kejadian tertentu dan lain-lain.
- 6) Paspur kesehatan (*patient-carried record*), yaitu rangkuman medis yang dibawa pasien memungkinkan pelayanan kesehatan darurat di tempat-tempat yang jauh dari rumahnya. Rekam medis ini mungkin dalam bentuk kertas, *microfiche* atau *smartcard format*.

2.4 Rekam Medis

Definisi rekam medis menurut Departemen Kesehatan RI (1994) adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapat pelayanan gawat darurat.

2.4.1 Isi Rekam Medis

Isi dari rekam medis menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006) antara lain:

1. Catatan, yaitu merupakan urutan tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan

oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya.

2. Dokumen, yaitu merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai kompetensi ilmunya.

2.4.2 Manfaat Rekam Medis

Manfaat rekam medis menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006) adalah:

1. Pengobatan pasien

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

2. Peningkatan kualitas pelayanan

Membuat penyelenggaraan rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pendidikan dan penelitian

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

4. Pembiayaan

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

5. Statistik kesehatan

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

Data statistik kesehatan ini digunakan untuk sistem pelaporan rumah sakit ke instansi pemerintah terkait dan juga untuk menghasilkan angka indikator kinerja pelayanan kesehatan yang dibutuhkan bagi rumah sakit itu sendiri.

a. Sistem pelaporan rumah sakit

Kebutuhan pelaporan berdasarkan Kepmenkes RI No. 1410/Menkes/SK/X/2003, yaitu:

1) Data kegiatan rumah sakit (RL1)

Formulir RL1 merupakan formulir rekapitulasi yang mencakup berbagai kegiatan Rumah Sakit seperti rawat inap, rawat jalan, pelayanan instalasi gawat darurat, kegiatan bedah dan non bedah, pelayanan kesehatan gigi, kegiatan radiologi, pengujian kesehatan, rujukan, rehabilitasi medik, latihan kerja, keluarga berencana, imunisasi, pelayanan kesehatan jiwa, kegiatan pembedahan mata, kegiatan napza dan sebagainya. Formulir ini dibuat setiap tiga bulan dan dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 bulan keempatnya.

2) Data keadaan morbiditas pasien rawat inap (RL2a)

Formulir RL2a memuat data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap. Formulir ini dibuat setiap tiga bulan dan dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 bulan keempatnya.

3) Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan (RL2b)

Formulir RL2b memuat data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan. Formulir ini dibuat setiap tiga bulan dan dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

dan Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 bulan keempatnya.

- 4) Data keadaan penyakit khusus pasien rawat inap rumah sakit (RL2a1)

Formulir RL2a1 memuat data keadaan morbiditas surveilans terpadu pasien rawat inap rumah sakit. Formulir ini dibuat setiap bulan dan dilaporkan hanya ke Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 bulan berikutnya.

- 5) Data keadaan penyakit khusus pasien rawat jalan rumah sakit (RL2b1)

Formulir RL2b1 memuat data keadaan morbiditas surveilans terpadu pasien rawat jalan rumah sakit. Formulir ini dibuat setiap bulan dan dilaporkan hanya ke Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 bulan berikutnya.

- 6) Data status imunisasi (RL2c)

Formulir RL2c memuat data status imunisasi sebagai lampiran dari formulir RL2a. Formulir ini dibuat setiap bulan dan dilaporkan hanya ke Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 bulan berikutnya.

- 7) Data dasar rumah sakit (RL3)

Formulir RL3 memuat data identitas rumah sakit, nama rumah sakit, alamat rumah sakit, kelas rumah sakit, surat ijin, kepemilikan, direktur rumah sakit, fasilitas tempat tidur dan fasilitas rawat jalan. Formulir ini dibuat setiap tahun dan dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 Januari.

- 8) Data ketenagaan rumah sakit (RL4)

Formulir RL4 memuat data jumlah tenaga yang bekerja di rumah sakit menurut kualifikasi pendidikan dan status kepegawaian. Formulir ini dibuat setiap enam bulan dan dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik,

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 Juli dan 15 Januari.

9) Data peralatan medik rumah sakit dan data kesehatan lingkungan (RL5)

Formulir RL5 memuat data jumlah dan jenis peralatan medik, jumlah, umur, kondisi, ijin operasional, sertifikat kalibrasi serta data kesehatan lingkungan rumah sakit. Formulir ini dibuat setiap tahun dan dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 15 Januari.

10) Data infeksi nosokomial rumah sakit (RL6)

Formulir RL6 memuat data infeksi nosokomial. Formulir ini dibuat setiap bulan dan dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan Kota Depok pada tanggal 5 bulan berikutnya.

b. Indikator rumah sakit

Berbagai indikator rumah sakit yang dikemukakan Nugroho dalam Sabarguna (2005) terkait pelayanan medik dan penunjang medik, antara lain:

1) Pelayanan rawat jalan

$$a) \text{ Rata – rata kunjungan/hari} = \frac{\text{Jumlah kunjungan}}{\text{Hari buka klinik}}$$

$$b) \text{ Rata – rata kunjungan baru/hari} = \frac{\text{Jumlah kunjungan baru}}{\text{Hari buka klinik}}$$

$$c) \text{ Rasio kunjungan baru dengan total kunjungan} = \frac{\text{Jumlah kunjungan baru}}{\text{Jumlah kunjungan}}$$

$$d) \text{ Persentase pelayanan spesialistik} = \frac{\text{Jumlah kunjungan spesialistik}}{\text{Jumlah kunjungan}}$$

$$e) \text{ Rasio kunjungan/tenaga perawat rawat jalan} = \frac{\text{Jumlah kunjungan/hari}}{\text{Tenaga perawat}}$$

$$f) \text{ Rasio perawat rawat jalan/penduduk} = \frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan}}{\text{Jumlah penduduk sekitar RS}}$$

2) Pelayanan rawat inap

$$a) \text{ Bed Ocupancy Rate} = \frac{\text{Hari perawatan}}{\text{TT} \times \text{Hari}}$$

$$b) \text{ Bed Turn Over} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar}}{\text{TT}}$$

$$c) \text{ Lenght of Stay} = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

$$d) \text{ Turn Over Interval} = \frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

$$e) \text{ Net Death Rate} = \frac{\text{Jumlah pasien meninggal} > 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

$$f) \text{ Gross Death Rate} = \frac{\text{Jumlah pasien meninggal}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

$$g) \text{ Persentase kematian} < 48 \text{ jam} = \frac{\text{Jumlah pasien meninggal} < 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien meninggal}}$$

$$h) \text{ Rasio infeksi nosokomial} = \frac{\text{Pasien terkena nosokomial}}{\text{Pasien keluar}}$$

$$i) \text{ Rasio lama rawat dengan jumlah perawat} = \frac{\text{Hari perawatan}}{\text{Tenaga perawat}}$$

$$j) \text{ Rasio pasien rawat dengan penduduk} = \frac{\text{Jumlah pasien}}{\text{Jumlah penduduk sekitar RS}}$$

3) Pelayanan gawat darurat

$$a) \text{ Rata - rata jumlah pasien/hari} = \frac{\text{Jumlah pasien gawat darurat}}{\text{Jumlah hari}}$$

$$b) \text{ Angka kematian pasien} = \frac{\text{Jumlah pasien gawat darurat meninggal}}{\text{Pasien gawat darurat}}$$

$$c) \text{ Rasio pasien/tenaga perawat} = \frac{\text{Jumlah pasien/hari}}{\text{Jumlah tenaga perawat}}$$

4) Pelayanan rujukan

$$a) \text{ Persentase pasien rujukan RJ} = \frac{\text{Jumlah pasien rujukan RJ}}{\text{Jumlah pasien RJ}}$$

$$b) \text{ Persentase pasien RJ yang dirujuk} = \frac{\text{Jumlah pasien RJ dirujuk}}{\text{Jumlah pasien RJ}}$$

$$c) \text{ Persentase pasien rujukan RI} = \frac{\text{Jumlah pasien rujukan RI}}{\text{Jumlah pasien RI}}$$

$$d) \text{ Persentase pasien RI yang dirujuk} = \frac{\text{Jumlah pasien RI dirujuk}}{\text{Jumlah pasien RI}}$$

$$e) \text{ Rasio pasien Askes/jumlah pasien} = \frac{\text{Jumlah pasien Askes}}{\text{Jumlah pasien}}$$

5) Pelayanan bedah/kamar bedah

$$a) \text{ Rata - rata operasi/hari} = \frac{\text{Jumlah operasi}}{\text{Jumlah hari}}$$

$$b) \text{ Persentase operasi darurat} = \frac{\text{Jumlah operasi darurat}}{\text{Jumlah operasi}}$$

$$c) \text{ Post operatif death rate} = \frac{\text{Jumlah pasien meninggal > 10 hari}}{\text{Jumlah operasi}}$$

$$d) \text{ Post operatif length of stay} = \frac{\text{LD post operatif}}{\text{Jumlah pasien operasi keluar}}$$

$$e) \text{ Post operatif infection rate} = \frac{\text{Jumlah infeksi pasca bedah}}{\text{Jumlah operasi}}$$

$$f) \text{ Anastesi death rate} = \frac{\text{Meninggal karena anastesi}}{\text{Jumlah yang dianastesi}}$$

$$g) \text{ Pre operatif length of stay} = \frac{\text{LD pre operatif}}{\text{Pasien operasi keluar}}$$

$$h) \text{ Normal tissue removal rate} = \frac{\text{Jumlah normal tissue}}{\text{Jumlah jaringan yang diperiksa}}$$

$$i) \text{ Rasio lama rawat bedah/perawat} = \frac{\text{Hari perawatan bedah}}{\text{Tenaga perawat di unit bedah}}$$

6) Pelayanan persalinan

$$a) \text{ Rata - rata persalinan/hari} = \frac{\text{Jumlah persalinan}}{\text{Jumlah hari}}$$

$$b) \text{ Maternal Death Rate} = \frac{\text{Jumlah pasien maternal yang meninggal}}{\text{Jumlah kelahiran hidup}}$$

- c) Infant Mortality Rate = $\frac{\text{Jumlah kematian bayi}}{\text{Jumlah kelahiran hidup}}$
- d) Perinatal Death Rate = $\frac{\text{Bayi umur 7 hari yang meninggal}}{\text{Jumlah kelahiran}}$
- e) CSR = $\frac{\text{Jumlah sectio caesar}}{\text{Jumlah ibu melahirkan}}$
- f) Rasio persalinan/tenaga bidan = $\frac{\text{Jumlah persalinan}}{\text{Jumlah tenaga bidan}}$

7) Pelayanan penunjang medik radiologi

- a) Rata - rata pemeriksaan/hari = $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan}}{\text{Jumlah hari}}$
- b) Persentase pemeriksaan thorax = $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan thorax}}{\text{Jumlah pemeriksaan}}$
- c) Jumlah pemeriksaan diluar rujukan = $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan tanpa kelainan}}{\text{Jumlah pemeriksaan}}$
- d) Persentase pemeriksaan dari luar RS = $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan dari luar}}{\text{Jumlah pemeriksaan}}$
- e) Rasio pemakaian bahan pemeriksaan = $\frac{\text{Jumlah bahan yang dipakai}}{\text{Jumlah pemeriksaan}}$

8) Pelayanan penunjang medik laboratorium

- a) Rata - rata pemeriksaan/hari = $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan}}{\text{Jumlah hari}}$
- b) Persentase pemeriksaan rutin = $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan rutin}}{\text{Jumlah pemeriksaan}}$
- c) Jumlah pemeriksaan diluar rujukan = $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan tanpa kelainan}}{\text{Jumlah pemeriksaan}}$
- d) Persentase pemeriksaan dari luar RS = $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan dari luar}}{\text{Jumlah pemeriksaan}}$
- e) Rasio pemakaian bahan pemeriksaan = $\frac{\text{Jumlah bahan yang dipakai}}{\text{Jumlah pemeriksaan}}$

6. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik

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

2.4.3 Ruang Lingkup Rekam Medis

Ruang lingkup rekam medis menurut Kepmenkes No. 377/Menkes/SK/III/2007 antara lain:

1. Mengumpulkan, mengintegrasikan, menganalisis data pelayanan kesehatan primer dan sekunder, menyajikan dan mendesiminasi informasi, menata sumber informasi bagi kepentingan riset, perencanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan.
2. Membuat standar dan pedoman manajemen informasi kesehatan meliputi aspek legal dengan unsur keamanan (*safety*), kerahasiaan (*confidential*), sekuritas, privasi serta integritas data.
3. Manajemen operasional unit kerja manajemen informasi kesehatan, dibagi berdasarkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menjalankan manajemen informasi kesehatannya.

2.4.4 Bentuk Pelayanan Rekam Medis

Bentuk pelayanan rekam medis menurut Kepmenkes No. 377/Menkes/SK/III/2007 antara lain:

1. Pelayanan rekam medis berbasis kertas
Rekam medis manual (*paper based document*) adalah rekam medis yang berisi lembar administrasi dan medis yang diolah ditata/assembling dan disimpan secara manual.
2. Pelayanan rekam medis manual dan registrasi komputerisasi
Rekam medis berbasis komputerisasi, namun masih terbatas pada sistem pendaftaran (*admission*), data pasien masuk (*transfer*) dan pasien keluar termasuk meninggal (*discharge*). Pengolahan masih terbatas pada sistem registrasi secara komputerisasi. Sedangkan lembar administrasi dan medis yang diolah secara manual.
3. Pelayanan manajemen informasi kesehatan terbatas
Pelayanan rekam medis yang diolah menjadi informasi dan pengelolaannya secara komputerisasi yang berjalan dalam satu sistem secara otomatis di unit kerja manajemen informasi kesehatan.

4. Pelayanan sistem informasi terpadu

Computerized Patient Record (CPR), yang disusun dengan mengambil dokumen langsung dari sistem *image* dan struktur sistem dokumen yang telah berubah.

5. Pelayanan MIK dengan rekam kesehatan elektronik (WAN)

Sistem pendokumentasian telah berubah dari *Electronic Medical Record* (EMR) menjadi *Electronic Patient Record* sampai dengan tingkat yang paling akhir dari pengembangan *Health Information System* yakni EHR (*Electronic Health Record*) – Rekam Kesehatan Elektronik.

2.5 Instalasi Gawat Darurat

Definisi Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit menurut Departemen Kesehatan dalam Suryaputra (2008) adalah intitusi yang memberikan pelayanan penanggulangan penderita gawat darurat yang mencakup suatu rangkaian kegiatan untuk mencegah kematian (*life saving*) atau cacat yang mungkin terjadi.

2.5.1 Status Kegawatan Pasien

Status kegawatan pasien Instalasi Gawat Darurat dalam Suryaputra (2008) terdiri dari:

1. Pasien gawat darurat, yaitu pasien yang berada dalam keadaan gawat (*life threatening*) atau akan menjadi gawat (*potentially life threatening*) di mana terancam keselamatan nyawanya atau anggota badannya akan menjadi cacat bila tidak segera mendapat pertolongan secepatnya.
2. Pasien gawat tidak darurat, yaitu pasien dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat.
3. Pasien darurat tidak gawat, yaitu pasien yang memerlukan pertolongan segera tetapi keadaannya tidak mengancam nyawa atau anggota badannya.
4. Pasien tidak gawat tidak darurat, yaitu pasien yang keadaannya tidak mengancam keselamatan nyawanya atau anggota badannya dan tidak memerlukan pertolongan segera.

BAB 3

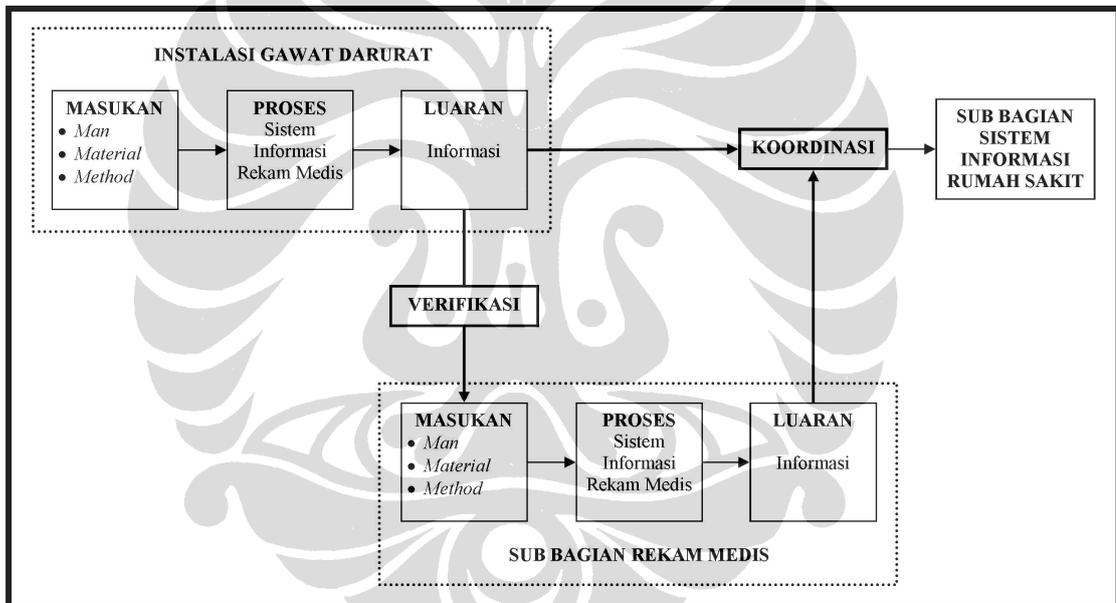
KERANGKA PIKIR

3.1 Kerangka Pikir

Dalam penelitian ini, ruang lingkup sistem informasi yang akan diteliti adalah sistem informasi rekam medis secara manual terkait dengan rangkuman data klinis untuk konsumsi manajer rumah sakit, kepala unit klinis dan institusi terkait sebagai pelaporan yang dikelola oleh Instalasi Gawat Darurat dan Sub Bagian Rekam Medis.

Berikut gambar kerangka pikir yang digunakan oleh peneliti:

Gambar 3.1.
Kerangka Pikir



Berdasarkan kerangka pikir tersebut, peneliti akan melihat gambaran manajemen sistem informasi rekam medis di Instalasi Gawat Darurat, Sub Bagian Rekam Medis serta koordinasi yang dilakukan oleh kedua unit tersebut dalam menghasilkan data pasien IGD yang akan diolah selanjutnya oleh Sub Bagian Sistem Informasi Rumah Sakit.

1.2 Definisi Istilah

Definisi istilah yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Masukan

Masukan adalah 3 unsur yang dikelola oleh fungsi-fungsi manajemen untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien, yaitu:

a. *Man*

Man adalah sumber daya manusia yang dimiliki Instalasi Gawat Darurat dan Sub Bagian Rekam Medis untuk mengelola data pasien IGD meliputi jumlah, kualifikasi dan pembagian tugas.

Cara ukur yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan pedoman telaah dokumen.

b. *Material*

Material adalah data pasien yang dibutuhkan oleh tiap unit untuk menghasilkan informasi yang dikehendaki meliputi data untuk kebutuhan pelaporan.

Cara ukur yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan pedoman telaah dokumen.

c. *Method*

Method adalah tata cara kerja yang mengatur dan memandu pelaksanaan sistem informasi rumah sakit meliputi kebijakan dari pimpinan, Standar Prosedur Operasional (SPO), petunjuk pelaksanaan dan alur kegiatan.

Cara ukur yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan pedoman telaah dokumen.

2. Proses

Proses dalam kerangka pikir dalam penelitian adalah sistem informasi rekam medis, yaitu suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, penyajian data serta

distribusi data rekam medis pasien IGD untuk kebutuhan pelaporan internal maupun eksternal rumah sakit.

Cara ukur yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan pedoman telaah dokumen.

3. Luaran

Luaran adalah hasil dari kegiatan sistem informasi antara Instalasi Gawat Darurat dan Sub Bagian Rekam Medis berupa informasi, yaitu laporan data atau informasi rekam medis pasien IGD untuk kebutuhan pelaporan internal dan eksternal rumah sakit.

Cara ukur yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan pedoman telaah dokumen.

4. Verifikasi

Verifikasi adalah kegiatan untuk menguji keakuratan data yang dihasilkan oleh Instalasi Gawat Darurat untuk diolah oleh Sub Bagian Rekam Medis.

Cara ukur yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan pedoman telaah dokumen.

5. Koordinasi

Koordinasi adalah kerja sama atau penyatupaduan gerak antara Instalasi Gawat Darurat dan Sub Bagian Rekam Medis untuk menghasilkan data dan informasi pasien IGD yang akurat.

Cara ukur yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam dan pedoman telaah dokumen.