**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. Landasan Teori
2. Puskesmas
3. Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes No 75 Tahun 2014).

1. Upaya Peningkatan Kualitas Mutu Kesehatan di Puskesmas

Dalam meningkatkan upaya kualitas mutu pelayanan sangat tergantung dari tersedianya data dan informasi yang akurat, tepat waktu, dan dapat dipertanggungjawabkan. Upaya tersebut dapat dilakukan apabila faktor manusia dalam pengelolaan rekam medis memiliki pengetahuan dan keterampilan yang professional, serta ditunjang dengan sarana dan prasarana yang baik.

1. Upaya Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih baik mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, dengan kelompok masyarakat serta sebagian besar diselenggarakan bersama masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas. Pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan, kuratif dan rehabilitasi dengan pendekatan individu dan keluarga pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan (Permenkes RI No. 75. 2014). Kedudukan Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (primary health services). Dalam sistem pemerintahan daerah, Puskesmas merupakan organisasi struktural dan berkedudukan sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) yang bertanggung jawab terhadap Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Permenkes RI, 2014)

1. Upaya Kegiatan Pokok Puskesmas

Kegiatan - kegiatan pokok puskesmas yang diselenggarakan oleh puskesmas sejak berdirinya semakin berkembang, mulai dari 7 usaha pokok kesehatan, 12 usaha pokok kesehatan, 17 usaha pokok kesehatan dan sekarang meningkat menjadi 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh puskesmas sesuai dengan kemampuan yang ada dari tiap-tiap puskesmas baik dari segi tenaga, fasilitas, dan biaya atau anggaran yang tersedia. Berdasarkan buku pedoman kerja puskesmas yang terbaru ada 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilakukan oleh puskesmas, itu pun sangat tergantung kepada faktor tenaga, sarana, dan prasarana serta biaya yang tersedia berikut kemampuan manajemen dari tiap-tiap puskesmas. 20 kegiatan pokok puskesmas (Depkes RI, 1999) adalah :

1. Upaya kesehatan ibu dan anak
2. Upaya keluarga berencana
3. Upaya peningkatan gizi
4. Upaya kesehatan lingkungan
5. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
6. Upaya pengobatan
7. Upaya penyuluhan
8. Upaya kesehatan sekolah
9. Upaya kesehatan olahraga
10. Upaya perawatan kesehatan masyarakat
11. Upaya peningkatan kesehatan kerja
12. Upaya kesehatan gigi dan mulut
13. Upaya kesehatan jiwa
14. Upaya kesehatan mata
15. Laboratorium kesehatan
16. Upaya pencatatan dan pelaporan
17. Upaya pembinaan peran serta masyarakat
18. Upaya pembinaan pengobatan tradisional
19. Upaya kesehatan remaja
20. Dana kesehatan
21. Rekam medis
22. Definisi Rekam Medis.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008).

1. Tujuan Rekam Medis.

Ada banyak pendapat tentang tujuan kegunaan rekam medis. Salah satu untuk mengingatnya secara mudah digunakann adalah “AFRED” yang berarti mempunyai nilai untuk kepentingan administrative, hukum (legal), finansial, riset, edukasi, dan dokumentasi (Hatta, 2012).

1. Aspek Administrasi

Rekam medis sebagai informasi yang digunakan untuk melaksanakan fungsi guna pengelolahan berbagai sumber daya

1. Aspek Medis

Rekam medis memiliki nilai medis karena isi yang terkandung daidalamnya dapat dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan kepada pasien.

1. Aspek Hukum

Rekam medis memiliki nilai hukum berisi jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dan sebagai bahan bukti untuk menegakkan keadilan

1. Aspek Keuangan

Rekam medis sebagai bahan yang dapat dijadikan memprediksi pendapatan dan menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit

1. Aspek Penelitian

Rekam medis memiliki nilai penelitian karena dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu kesehatan.

1. Aspek Pendidikan

Rekam medis memiliki nilai pendidikan karena berisi sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi.

1. Aspek Dokumentasi

Rekam medis memiliki nilai dokumentasi karena isinya menjadi sumber dan bahan yang harus di simpan dan digunakan sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

1. Manajemen Rekam Medis

Rumah sakit maupun Puskesmas mempunyai manajemen rekam medis yang terdiri dari :

1. Pendaftaran

Penerimaan pasien yang akan berobat ke poliklinik ataupun yang akan dirawat adalah bagian dari sistem prosedur pelayanan rumah sakit. Tata cara penerimaan pasien dapat di nilai baik apabila dilaksanakan oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan penuh tanggung jawab (Depkes RI, 2006).

1. Assembling

*Assembling* berarti merakit, tetapi untuk kegiatan pengurutan halaman dimulai dari berkas rekam medis rawat darurat, rawat jalan dan rawat inap. Pergantian pada masing-masing pelayanan akan diberikan kertas pembatas yang menonjol sehingga dapat mempermudah pencarian formulir dalam berkas rekam medis (Citra, 2011).

1. Koding

Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka kombinasi hrurf dalam angka yang mewakili komponen data. Kode klasifikasi penyakit menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD-10) menggunakan kombinasi abjad dan angka. Sedangkan (ICD-9) menggunakan angka sebagai kodenya (Depkes RI, 2006).

1. Indexing

Indexing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Didalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien (Depkes RI, 2006).

1. Filling

Sebelum menentukan sistem yang akan dipakai perlu terlebih dahulu mengetahui bentuk penyimpanan yang diselenggarakan di dalam pengelolaan instalasi rekam medis (Depkes RI, 2006).

Ada dua cara penyimpanan dalam penyelenggaraan rekam medis yaitu

1. Sentralisasi  
   Sentralisasi ini diartikan menyimpan berkas rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik (rawat jalan) maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat (rawat inap)
2. Desentralisasi  
   Dengan desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik (rawat jalan) dengan rekam medis penderita dirawat (rawat inap). Rekam medis disimpan disatu tempat penyimpanan, sedangkan rekam medis penderita dirawat. disimpan di bagian pencatatan medik.
3. Pendaftaran Pasien Rawat Jalan
4. Definisi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

Menurut Depkes RI (2006) Pendaftaran Pasien adalah bagian informasi yang merupakan tempat dimana pengaturan rawat jalan dilakukan. Tata cara penerimaan pasien yang disebut *admitting procedure* harus wajar sesuai dengn keperluannya, jelas, nyaman, sopan, ramah dan berpedoman pada standar pelayanan kesehatan (SPM) dan prosedur tetap instansi kesehatan (PROTAP).

Beberapa kegiatan penerimaan pasien adalah sebagai berikut (Citra, 2011) :

1. Identifikasi pasien

Suatu proses pengumpulan data atau identitas seseorang kepada petugas rekam medis sebagai bukti bahwa seorang tersebut telah melakukan pendaftaran pelayanan kesehatan.

1. Penamaan pasien

Sistem penamaan berfungsi untuk memberikan identitas kepada seorang pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lain agar terhindar dari kekeliruan sehingga dapat memudahkan proses pemberian pelayanan kesehatan.

Menurut Depkes RI 2006, adapun tata cara dalam penulisan nama pasien di rumah sakit adalah :

1. Nama pasien sendiri yang terdiri dari satu suku kata atau lebih.
2. Penulisan nama sesuai dengan KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku.
3. Penulisan nama pasien menggunakan ejaan baru yang disempurnakan dengan menggunakan huruf cetak.
4. Tidak dicantumkan gelar dan atau jabatan.
5. Tidak dicantumkan kata sapaan, seperti Tuan, Saudara, Bapak, dll.
6. Jika pasien berkewarganegaraan asing, maka penulisan nama pasien disesuaikan dengan paspor yang berlaku di Indonesia.
7. Jika seorang bayi yang baru lahir hingga pulang belum memiliki nama, maka penulisannya adalah By. Ny. XXX.
8. Penomoran rekam medis

Penyimpanan dokumen rekam medis di pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan nomor rekam medis pasien pada saat pertama kali berobat di rumah sakit. Jika kartu berobat pasien hilang, nomor pasien dapat diperoleh dari data dasar pasien yang tersimpan di dalam sistem dengan memasukkan nama lengkap dan tanggal masuk pasien.

Terdapat tiga cara yang digunakan dalam pemberian nomor pasien (Depkes, 2006) :

1. Pemberian nomor cara Seri (*Serial Numbering System*)

Pasien mendapatkan nomor setiap kali melakukan kunjungan atau berobat ke rumah sakit.

1. Pemberian nomor cara Unit (*Unit Numbering System*)

Pasien yang berkunjung atau berobat untuk pertama kalinya akan mendapatkan satu nomor rekam medis yang akan digunakan untuk kunjungan berikutnya.

1. Pemberian nomor cara Seri Unit (*Serial Unit Numbering System*)

Merupakan gabungan dari sistem pemberian nomor secara seri dan unit. Setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit akan diberikan satu nomor baru, dokumen rekam medis yang terdahulu digabungkan dan disimpan pada dokumen dengan nomor rekam medis yang paling baru.

1. Registrasi pasien

Registrasi merupakan kegiatan pendataan identitas yang seorang pasien seperti nama, alamat, agama, jenis kelamin dan data lainnya yang dimasukkan ke dalam daftar buku maupun sintem informasi. Registrasi dapat berbentuk manual maupun terkomputerisasi. Register manual dibuat dengan melakukan pencatatan pada buku register sedangkan Register komputerisasi dapat dibuat dengan menggunakan excel atau dengan metode yang lainnya.

1. Pelayanan Rawat Jalan

Menurut Huffman (1994) pelayanan rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang tidak mendapatkan pelayanan rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan.

1. Rekam Medis Manual
2. Definisi Rekam Medis Manual

Pada dasarnya konsep rekam medis manual yang menggunakan format kertas atau manual menjelaskan bahwa dengan format kertas itu merupakan sarana pendokumentasian data atau informasi utama di sarana pelayanan kesehatan. Dengan adanya sarana rekam medis tersebut dapat diketahui tentang siapa (*who*), apa (*what*), kapan *(when*), dimana (*where*), mengapa (*why*), dan bagaimana (*how*) perihal pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Demikian dengan berkembangnya teknologi semakin maju, rekam medis yang sebelumnya menggunakan kertas atau manual, lambat laun pekerjaan ini akan digantikan oleh sistem rekam medis elektronik dalam Manajemen informasi kesehatan (MIK), (Gemala Hatta).

Semua catatan atau tulisan dalam Rekam Medis harus dapat dibaca,harus lengkap, harus otentik, dan harus diberi tanggal dan waktu langsung oleh orang yang bertanggung jawab untuk memberi instruksi, memberi atau mengevaluasi pelayanan yang diberikan (identifikasi dengan nama dan disiplin ilmu, tanda tangan, inisial tertulis atau pemasukan pakai komputer). Contoh : dokter memberi instruksi via telepon untuk suatu tindakan medis, harus diterima oleh perawat senior, perawat tersebut harus membaca ulang perintah tersebut dan mencatatnya di rekam medik pasien. Dalam waktu paling lama 24 jam dokter yang memberi perintah harus menandatangani catatan perintah tersebut.

Semua catatan data harus didokumentasikan, yaitu :

1. Bukti dari pemeriksaan fisik, termasuk riwayat kesehatan dan dilakukan tidak lebih lama dari 7 hari sebelum dirawat atau dalam jangka waktu 48 jam sesudah masuk rumah sakit.
2. Diagnosa masuk rumah sakit.
3. Hasil dari evaluasi konsultasi pasien dan temuan yang cocok dengan staf klinik dan staf lainnya dalam merawat pasien.
4. Komplikasi, infeksi yang timbul di rumah sakit dan reaksi tidak cocok dengan obat dan anastesi.
5. Formulir *Informed Consent*dijalankan dengan tepat untuk prosedur dan tindakan yang ditentukan oleh staf medis, atau Hukum Federal atau Hukum Negara, apabila cocok, untuk memperoleh persetujuan.
6. Semua instruksi dokter, catatan perawat, laporan dari tindakan, data medikasi, rodiologi dan hasil laboratorium, serta tanda tanda vital dan informasi lain yang diperlukan untuk memonitor keadaan pasien, termasuk catatan pemulangan pasien dengan hasil rawat inap, catatan kasus dan catatan pemberian perawatan follow up. Jangandilupakan cantumkan diagnosis akhir/Ringkasan Pulang dengan melengkapi Rekam Medis dalam waktu 30 hari sesudah pemulangan pasien (Gemala Hatta).
7. Fungsi Rekam Medis Manual

Fungsi utama rekam medis menggunakan kertas atau manual adalah untuk menyimpan data dan informasi pelayanan pasien. Agar fungsi tercapai, beragam metode dikembangkan secara efektif seperti dengan melaksanakan ataupun mengembangkan sejumlah sistem, kebijakan dan proses pengumpulan data dengan cara menuliskan data pasien dengan baik. Dengan semakin kompleknya pelayanan kesehatan rekam medis elektronik lebih berfungsi dibandingkan dengan rekam medis kertas atau manual. Dengan menerapkan rekam medis elektronik secara penuh, berbagai fungsi tambahan lain dimungkinkan sehingga semakin menjadikan sebagai alat interaktif dalam memecahkan masalah klinis dan pengambilan keputusan (Gemala Hatta).

1. Kesimpulan Rekam Medis Manual

Sejalan dengan semakin majunya teknologi iformasi dan komunikasi juga membawa pengaruh terhadap perubahan rekam medis yang berbasis kertas dan elektronik. Meskipun perkembangan teknologi informasi ini membawa pengaruh pada perluasan tujuan, pengguna dan fungsi rekam medis, namun rekam medis tetap sebagai pusat penyimpanan data dan informasi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Untuk itu kualitas data tetap menjadi andalan yang harus ditegakkan sesuai dengan kriteria yang mempersyaratinya. Demikian pula dalam merencanakan masa depan rekaman, baik yang masih menggunakan konsep kertas maupun elektronik tetap harus menjaga privaasi, kerahasiaan, keamanan dan keselamatan rekaman (Gemala Hatta).

1. Rekam Medis Elektronik
2. Definisi Rekam Medis Elektronik

Electronic Health Record (EHR) terdapat dalam sistem yang secara khusus dirancang untuk mendukung pengguna dengan berbagai kemudahan fasilitas untuk kelengkapan dan keakuratan data, memberi tanda waspada, peringatan memiliki sistem untuk mendukung keputusan klinik dan menghubungkan data dengan pengetahuan medis serta alat bantu lainnya (Gemala Hatta).

Komputerisasi rekam medik menambah beban dalam pemrosesan namun memungkinkan, misalnya (Angga, 2015) :

1. Ketepatan waktu dan kemudahan penyajian data sehingga penyampaian informasi akan lebih efektif.
2. Pembentukkan basis data yang memungkinkan penelitian, imulasi, dan pendidikan tenaga medic maupun para medic berdarkan data yang nyata.
3. Jenis Data *Entry* pasien
4. Data *Entry* Pasien Baru
5. Definisi Data *Entry* Pasien Baru

Data pasien adalah data identitas yang dientri pasa saat pasien baru pertama kali datang berobat ke Rumah Sakit (Garmelia dkk, 2010)

1. Tujuan Data *Entry* Pasien Baru

Data pasien dikategorikan sebagai pasien baru dan datanya langsung masuk dalam aplikasi Indeks Utama Pasien (IUP) yang tidak boleh hilang dan digunakan sepanjang masa untuk kepentingan pasien berobat yang berikutnya.

1. Data *Entry* Pasien Lama
2. Definisi QWi Data *Entry* Pasien Baru

Suatu proses data untuk order pelayanan dan transaksi pelayanan bagi unit/pelayanan yang dikehendaki oleh pasien di Rumah Sakit (Garmelia dkk, 2010)

1. Tujuan Data *Entry* Pasien Baru

Untuk memberikan pelayanan kepada pasien yang akan berobat ke pelayanan yang dituju.

1. Waktu Entri Data

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129 Tahun 2008, tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis. Sedangkan waktu penyediaan rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.

1. Standar Fungsional Rekam Medis Elektronik, menurut (Garmelia dkk 2010) standar fungsional antara lain :
2. Mengurangi biaya pengembangan
3. Meningkatkan keterpaduan data
4. Memfasilitasi pengumpulan data agregasi yang bermakna
5. Meningkatkan kualitas dan pengembangan kebijakan kesehatan
6. Memfasilitasi komunikasi antar bagian dari organisasi pelayanan kesehatan
7. *Computer Based Patient Record*

Peningakatan kebutuhan untuk data pasien yang terstruktur baik dan mudah diakses, seiring dengan perkembangan pada ilmu pengetahuan computer, memunculkan ketertarikan yang besar pada pengembangan *elekronic patient record.* Kompuetr memiliki potensi untuk memperbaiki tingkat keterbacaan, akses, dan struktur, tetapi ini memiliki kebutuhan yang besar pada proses pengumpulan data. (Sabarguna dan Sungkar 2007).

1. Aspek Hukum Rekam Medis Elektronik

Komputerisasi rekam medis harus menerapkan sistem yang mengurangi kebocoran informasi. Setiap pemakai harus memiliki PIN dan *Password,* atau menggunakan *smart card,* sidik jari atau pola iris mata sebagai pengenal identitasnya (Garmelia dkk, 2010)

Pengaksesan rekam medis juga harus dibuat sedemikian rupa sehingga orang tidak berwenang tidak dapat mengubah atau menghilangkan data medis, misalnya data jenis *read-only* yang dapat diaksesnya. Bahkan orang yang berwenang mengubah atau menambah atau menghilangkan sebagian data, harus dapat terdeteksi “perubahannya” dan “siapa dan kapan perubahan tersebut dilakukan” (Garmelia dkk, 2010).

UU Praktik Kedokteran No. 29/2004 menginsyaratkan demikian dalam Pasal 46 ayat (3). Secara formal hukum Indonesia belum mengatur *admissibilitity* dari dokumen elektronik, khususnya yang berkaitan dengan keabsahan secara hukum, baik sebagai bukti hukum ataupun dalam lalu-lintas informasi (Garmelia dkk, 2010).

1. Keamanan Informasi Kesehatan

Pihak institusi pelayanan kesehatan memiliki kesemapatan untuk memilih dan mengimplementasikan aplikasi Komputer dan sistem penunjangnya yang komprehensif. Tanpa memilih ini dilaksanakan dengan melakukan evaluasi berdasarkan beberapa kiteria tertentu, termasuk salah satunya yaitu fitur keamannanya (Garmelia dkk, 2010).

Fitur kemanan data dalam informasi kesehatan elektronik (*electronic health information*) merupakan kombinasi dari segi teknologi dan segi organisasi (Garmelia dkk, 2010).

Keamanan data dapat didefinisikan sebagai metode proteksi/pengamanan informasi atau sistem informasi terhadap akses atau modifikasi yang tidak sah (Garmelia dkk, 2010).

1. Waterfall

Menurut Winston Rayce, 1970, dalam Rosa dan Shalahuddin (2015), model air terjun (*waterfall*) menyediakan alur hidup peragkat lunak secara sekuensial atau terurut dimulai dari analisa, desain, pengkodean, pengujian dan tahap (*support*). Berikut tahapan model air terjun (*waterfall*) :

Pengujian

Analisis

Desain

Pengkodean

**Gambar 2.1** Ilustrasi Model Waterfall

1. Analisis kebutuhan perangkat lunak

Proses pengumpulan kebutuhan dilakukan secara intensif untuk mespesifikasikan kebutuhan perangkat lunak agar dapat dipahami perangkat lunak seperti apa yang dibutuhkan oleh *user*. Spesifikasi kebutuhan perangkat lunak pada tahap ini perlu untuk didokumentasikan.

1. Desain

Desain perangkat lunak adalah proses multi langkah yang fokus pada desain pembuatan program perangkat lunak termasuk struktur data arsitektur perangkat lunak, epresentasi antarmuka dan prosedur pengkodean. Tahap ini mentranslasi ke representasi desain agar dapat diimplementasikan menjadi program pada tahap selanjutnya. Desain perangkat lunak yang dihasilkan pada tahap ini juga perlu didokumentasikan.

1. Pembuatan kode program

Desain harus ditranslasikan ke dalam program perangkat lunak. Hasil dari tahap ini adalah program komputer sesuai dengan desain yang telah dibuat pada tahap desain.

1. Pengujian

Pengujian fokus pada perangkat lunak secara dari segi lojik dan fungsional dan memastikan bahwa semua bagian sudah diuji. Hal ini dilakukan untuk meminimalisir kesalahan (*error*) dan memastikan keluaran yang dihasilkan sesuai dengan yang diinginkan.

1. Pendukukung (*support*) atau pemeliharaan (*maintenance*)

Tidak menutup kemungkinan sebuah perangkat lunak mengalami perubahan ketika sudah dikirimkan ke *user.* Perubahan bisa terjadi karena adanya kesalahan yang muncul dan tidak terdeteksi saat pengujian atau perangkat lunak harus beradaptasi dengan lingkungan baru. Tahap pendukung atau pemeliharaan dapat mengulangi proses pengembangan mulai dari analisa spesifikasi untuk perubahan lunak yang sudah ada, tapi tidak untuk membuat perangkat lunak baru.

1. Black Box Testing

*Black Box Testing* adalah menguji perangkat lunak dari segi spesifikasi fungsional tanpa menguji desain dan kode program. Pengujian dimaksudkan untuk mengetahui apakah fungsi-fungsi, masukan, dan keluaran dari perangkat lunak sesaui dengan spesifikasi yang dibutuhkan.

*Black Box Testing* dilakukan dengan membuat kasus uji yang bersifat mencoba semua fungsi dengan memakai perangkat lunak, apakah sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan. Kasus uji yang dibuat untuk melakukan pengujian kotak hitam harus dibuat dengan kasus benar dan kasus salah, misalkan untuk kasus proses login maka uji yang dibuat yaitu:

1. Jika *user* memasukkan nama pemakai (*username*) dan kata sandi (*password*) yang benar.

Jika *user* memasukkan nama pemakai (*username*) dan kata sandi (*password*) yang salah, misalkan terdapat nama pemakai benar tetapi kata sandi salah, atau sebaliknya bahkan keduanya salah.

1. Konsep Dasar Analisa Sistem

Menurut Wahana Komputer, 2010, dalam Nurseha, 2015 berpendapat bahwa “ Analisa Sistem Adalah Sebuah Proses penelahaan sebuah sistem informasi dan membaginya kedalam komponen-komponen penyusunnya untuk kemudian dilakukan penelitian sehingga diketahui permasalahan-permasalahan serta kebutuhan-kebutuhan yang akan timbul, sehingga dapat dilaporkan secara lengkap serta diusulkan perbaikan-perbaikan pada sistem tersebut”.

Menurut Tanti, 2009, dalam Nurseha, 2015, tujuan utama “Tahapan analisis adalah untuk memahami dan mencatatkan keperluan-keperluan dalam pengajaran erat pengolahan permintaan-permintaan yang terus menerus berubah”. Adapun tujuan dari analisa sistem yaitu memberikan pelayanan kebutuhan informasi kepada fungsi manajerial di dalam pengendalian pelaksanaan kegiatan operasional perusahaan, membantu para pengambil keputusan, mengevaluasi sistem yang telah ada, merumuskan tujuan yang ingin dicapai berupa pengolahan data maupun pembuatan laporan baru dan menyusun suatu tahap rencana pengembangan sistem.

1. Aplikasi
2. Definisi Aplikasi

Sebuah program komputer yang dibuat khusus untuk menjalankan fungsi-fungsi tertentu sesuai dengan kebutuhan pengguna yang digunakan untuk mempercepat suatu pekerjaan. Dengan menggunakan sistem komputerisasi, diharapkan pekerjaan dapat dilakukan dengan cepat. Aplikasi dapat terbagi dua bagian, yaitu aplikasi yang digunakan dan terhubung pada jaringan komputer (*client server*) dan aplikasi yang berdiri sendiri tidak terhubung dengan jaringan komputer (*stand alone*) (Hairudin, 2005, dalam Heryanto, 2010).

1. Aplikasi Desktop

Aplikasi berbasis desktop adalah aplikasi yang berjalan pada komputer yang dapat digunakan secara langsung ketika kode program selesai dikompilasi (Fadhil paramanindo, 2014.).

Berikut keunggulan dari aplikasi berbasis desktop (Gantina, dkk. 2013):

1. Keamanan sistem lebih baik dari pada aplikasi berbasis web dikarenakan dengan menggunakan basis web, serangan virus atau keamanan password yang dapat ditembus sehingga menimbulkan keraguan untuk mencoba aplikasi berbasis web
2. Fitur lebih lengkap dibanding aplikasi berbasis web.
3. Biaya pengeluaran dalam pembuatan aplikasi berbasis desktop lebih murah.
4. Kehandalan dari performa sistem yang lebih baik dari pada aplikasi berbasis web karena jika server aplikasi berbasis web sedang tidak bagus maka anda akan mengalami gangguan dalam proses bisnis anda.
5. Akses secara offline sehingga lebih nyaman menggunakan aplikasi tanpa perlu koneksi dengan internet.
6. Microsoft Visual Basic.NET

Menurut Nurhamidah *Microsoft Visual Basic .NET* adalah sebuah alat untuk mengembangkan dan membangun aplikasi yang bergerak di atas sistem *.NET Framework*, dengan menggunakan bahasa BASIC. Dengan menggunakan alat ini, para *programmer* dapat membangun aplikasi Windows Forms, Aplikasi web berbasis ASP.NET, dan juga aplikasi *command-line*. Alat ini dapat diperoleh secara terpisah dari beberapa produk lainnya (seperti Microsoft Visual C++, Visual C#, atau Visual J#), atau juga dapat diperoleh secara terpadu dalam Microsoft *Visual Studio NET*. Bahasa *Visual Basic .NET* sendiri menganut 17 paradigma bahasa pemrograman berorientasi objek yang dapat dilihat sebagai evolusi dari *Microsoft Visual Basic* versi sebelumnya yang diimplementasikan diatas *.NET Framework.* Peluncurannya mengundang kontroversi, mengingat banyak sekali perubahan yang dilakukan oleh *Microsoft*, dan versi baru ini tidak kompatibel dengan versi terdahulu.(Rahmawati, 2015).

1. SQL Server

*SQL Server* merupakan *database* yang memiliki banyak fitur dibandingkan database seperti *Access* atau yang lainnya. *Relational Database Management System* (RDBMS) adalah sebuah sistem manajemen *database* yang memiliki kemampuan untuk mengakses data. Data tersebut disimpan dalam bentuk file tabel yang saling terelasikan satu dengan lainnya (Wahana Komputer, 2006, dalam Putra, tanpa tahun). Menurut Prayudi (2012) dalam Suwarni (2010) SQL (*Structure Query Language*) adalah sebuah permintaan *database* yang terstruktur. Bahasa SQL dibuat sebagai bahasa yang dapat merelasikan antar *database*. Bahasa SQL ditulis langsung dalam sebuah program *database* sehingga pengguna dapat melihat langsung permintaan yang diinginkan sekaligus melihat hasilnya.

1. Sistem Informasi

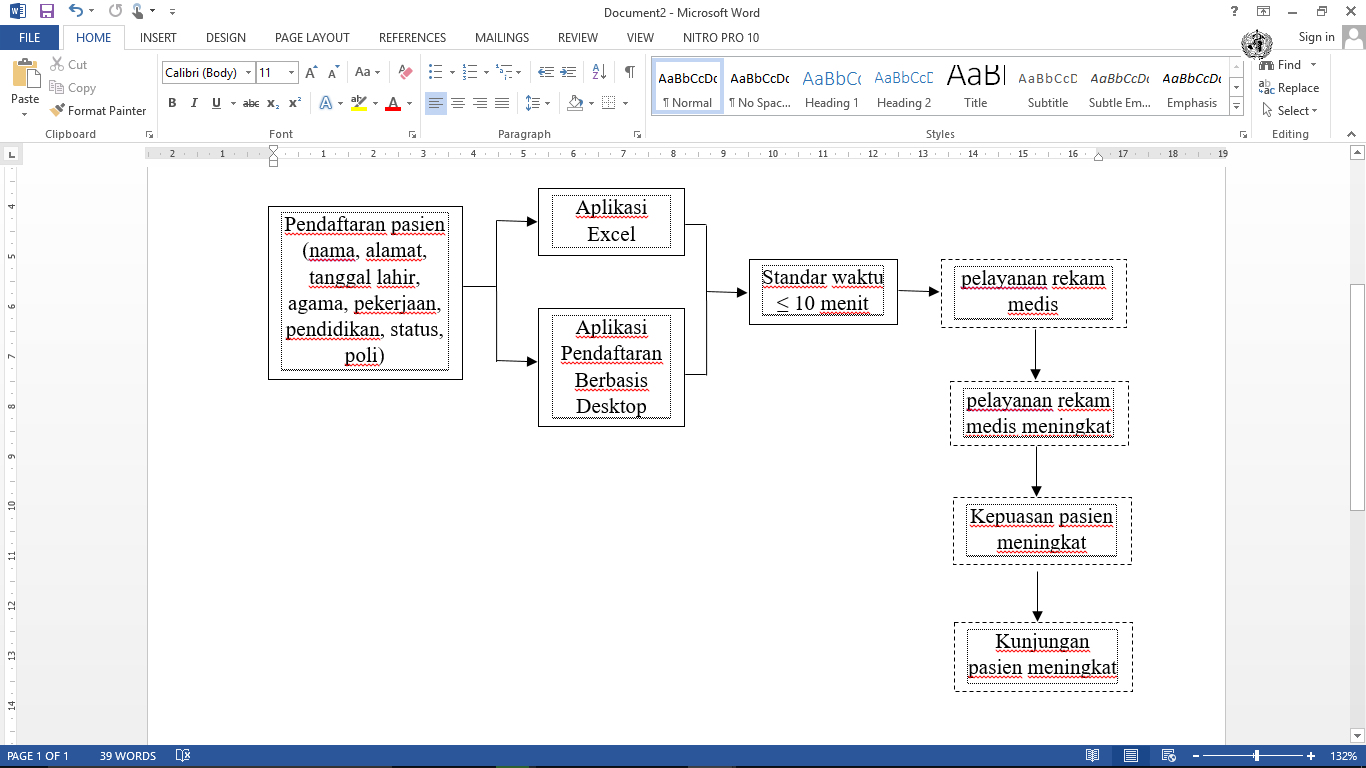
Sistem informasi adalah suatu sistem dalam suatu organisasi yang mempertemukan kebutuhan pengolahan transaksi harian yang mendukung fungsi operasi organisasi yang bersifat manajerial dengan kegiatan strategi dari suatu organisasi untuk dapat menyediakan dari pihak luar tertentu dengan informasi yang diperlukan untuk mengambil keputusan. Sistem ini menyimpan, mengambil, mengubah, mengolah dan mengkomunikasikan informasi yang diterima dengan menggunakan sistem informasi atau peralata sistem yang lainnya.(Gavinov dan Soemantri,2016). Komponen sistem informasi meliputi :

1. Komponen input
2. Komponen model
3. Komponen output
4. Komponen teknologi
5. Komponen hardware
6. Komponen software
7. Komponen basis data
8. Komponen control

Manfaat sistem informasi adalah :

1. Mengolah transaksi, mengurangi biaya dan menghasilkan pendapatan
2. Mengolah berbagai laporan penting dari transaksi
3. Mempertahankan persediaan pada tingkat yang paling rendah agar konsisten dalam menjaga produk mereka
4. **Kerangka Konsep**

Sesuai dengan tujuan penelitian dengan membandingkan tingkat kemudahan entri data pasien rawat jalan sebelum dan sesudah implementasi sistem pendaftaran elektronik berupa desktop di Puskesmas Bareng.



**Gambar 2.2** Kerangka Konsep Implementasi Sistem Pendaftaran Elektronik Berbasis Desktop Untuk Entri Data Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Bareng Kota Malang

Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, data berasal dari pasien rawat jalan yang mendaftar di Puskesmas Bareng. Petugas pendaftaran pasien rawat jalan yang bertugas melakukan pendaftaran pasien baru dan/atau pasien lama.kemudian diregistrasi dengan melakukan pengumpulan dan entri data pasien oleh petugas pendaftaran dengan sistem pendaftaran *excel* dan aplikasi *desktop* yang telah digunakan sehingga dapat melihat standar waktu pelayanan.

1. Hipotesis
2. H0 : Tidak ada pengaruh antara menggunakan *excel* dengan

aplikasi desktop untuk pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Bareng Kota Malang.

1. H1 : Ada pengaruh antara menggunakan *excel* dengan aplikasi

desktop untuk pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Bareng Kota Malang.