

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

a. Pengertian Puskesmas

Menurut Permenkes Nomor 75 tahun 2014, Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama. Yang diutamakan ialah upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Puskesmas dibangun untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, dan terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya. Puskesmas adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes, 2011)

b. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Menurut Permenkes Nomor 75 tahun 2014, Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Tujuan pembangunan puskesmas adalah untuk mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- a. penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya;
- b. penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

c. Unit Rekam Medis di Puskesmas

Unit rekam medis (URM) di puskesmas seharusnya terdiri atas subunit-subunit rekam medis yang lengkap, seperti yang diselenggarakan di rumah sakit. Idealnya, URM mencakup subunit-subunit sebagai berikut;

1. Bagian Pencatatan/Perekaman Data Rekam Medis terdiri atas :Tempat/Loket Pendaftaran Pasien, baik rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat
2. Unit Rawat Jalan, seperti Balai Pengobatan Umum, Klinik Gigi, Klinik Kesehatan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana, Klinik Gizi, Klinik Kesehatan Lingkungan, serta Ruang Imunisasi
3. Unit Rawat Inap dan Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar
4. Instalasi Gawat Darurat/Ruangan Tindakan
5. Apotek
6. Laboratorium Sederhana

Sedangkan bagian pengolahan data puskesmas seharusnya terdiri atas:

1. Assembling yang akan merakit formulir rekam medis dan mengurutkan serta menganalisis dokumen rekam medis pasien pulang.
2. Koding dan Indeksing yang akan memberi kode diagnosa utama pasien dan menghasilkan laporan morbiditas dan mortalitas pasien di wilayah kerja puskesmas ybs. Saat ini koding dikerjakan oleh dokter puskesmas.
3. Filing yang akan menyimpan, menyediakan, memelihara, serta menyusutkan dokumen rekam medis
4. Analising dan Reporting atau Sistem Informasi Manajemen Puskesmas yang sering disingkat Simpus untuk pelaporan kegiatan dan pelayanan puskesmas ke dinas kesehatan.

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008, Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Berkas Rekam Medis adalah milik Rumah Sakit, namun isi dari berkas Rekam Medis adalah milik pasien.

Sedangkan menurut Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Isi dari berkas Rekam Medis pasien bersifat rahasia. Karena hubungan antara pasien-tenaga medis dan dokumen-dokumen dalam berkas Rekam Medis bersifat pribadi dan khusus, maka segala isi dari berkas Rekam Medis wajib dilindungi. Hal ini sejak zaman Hippokrates sudah dirasakan demikian dan terdapat perlindungan dan pengaturan, baik dalam bidang Etika maupun Hukum Medis (J.Guwandi, 2005).

b. Tujuan Rekam Medis

Menurut Ginoby (1991), tujuan Rekam Medis disingkat ALFRED, yaitu:

a) Aspek Administrasi / *Administration*

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan medis terhadap pasien berdasarkan wewenang dan tanggung jawab dari tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b) Aspek Hukum / *Legal*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar

keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum sebagai penyediaan bahan bukti.

c) Aspek Keuangan / *Financial*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya terapi/tindakan dan perawatan terhadap pasien dari tenaga medis yang berwenang.

d) Aspek Penelitian / *Research*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

e) Aspek Pendidikan / *Education*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang serangkaian perkembangan/kronologis dan serangkaian kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

f) Aspek Dokumentasi / *Documentation*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut catatan serangkaian kejadian dan tindakan terhadap pasien yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban.

c. Isi Dokumen Rekam Medis

Menurut Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 pasal 3, isi dari dokumen rekam medis sekurang-kurangnya memuat:

- (1). Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan:
 - a. Identitas Pasien
 - b. Tanggal dan waktu.

- c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
- d. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan atau tindakan
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- j. Persetujuan tindakan bila perlu.

(2). Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap:

- a. Identitas Pasien
- b. Tanggal dan waktu.
- c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
- d. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan / TP (treatment planning)
- g. Pengobatan dan atau tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila perlu
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (discharge summary)
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu dan
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

(3). Dokumen Rekam Medis Pasien Gawat Darurat:

- a. Identitas Pasien
- b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
- c. Identitas pengantar pasien
- d. Tanggal dan waktu.
- e. Hasil Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
- f. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.

- g. Diagnosis
- h. Pengobatan dan/atau tindakan
- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Pada kasus pasien meninggal, dalam dokumen Rekam Medis pasien tersebut perlu juga disertai dengan Sertifikat Medis Penyebab Kematian yang diterbitkan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat pasien meninggal.

3. Buku Pedoman

a. Pengertian

Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), buku adalah lembar kertas yang berjilid, berisi tulisan atau kosong; kitab. Sedangkan pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan.

Menurut Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tahun 2017, pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah langkah-langkah yang harus dilakukan untuk melaksanakan kegiatan.

b. Aspek yang diperhatikan

Aspek dalam pembuatan buku (Taranokanai, 2012) :

1. Layout (Tata Letak)

Suatu usaha/perbuatan dalam menata dan memadukan unsur-unsur komunikasi grafis seperti gambar/ilustrasi, teks, grafik, tabel, caption, angka halaman, dan elemen lainnya menjadi suatu media komunikasi visual yang komunikatif dan estetik. Dihasilkan melalui :

- a. Gagasan-gagasan, yang kemudian dinyatakan dengan kata-kata.

- b. Unsur-unsur yang akan dipakai.
 - c. Pentingnya hubungan antara gagasan dan unsur secara relatif.
 - d. Urutan penyajian.
 - e. Dipengaruhi oleh jenis produk yang dipromosikan, jenis konsumen serta tingkatan perhatian konsumen terhadap produk. Hal ini akan mempengaruhi komposisi/susunan layout.
2. Proporsi/Perbandingan
- Menunjukkan hubungan antara suatu unsur dengan lainnya atau dengan layout keseluruhannya dalam hal ukuran atau bidang. Serta, antara dimensi layout dengan dimensi bagian-bagiannya.
3. Keseimbangan
- Keseimbangan terjadi bila unsur-unsur ditempatkan/disusun dengan serasi sehingga bobot unsur tersebut memberi kesan mantap dan tepat. Bobot dipengaruhi oleh ukuran, bentuk, warna serta kecerahan atau kegelapan. Di dalam tampilan layout ada istilah pusat optik, tempat dalam suatu ruang yang merupakan pusatnya. Letak pusat optik berada sedikit di atas pusat matematika (kira-kira $1/20$ x tinggi).
4. Kontras
- Kontras digunakan untuk menyatakan sesuatu yang ingin ditonjolkan. Kontras dapat dicapai dengan mengganti ukuran, bentuk nada, dan arah.
5. Irama
- Irama dicapai dengan cara pengulangan secara teratur beberapa pola dalam rancangan seperti bentuk, nada atau warna. Variasi bentuk yang tidak terlalu besar sehingga pembaca dapat mengenali kesamaannya. Agar layout dapat berhasil baik, irama harus mengarah dari suatu unsur ke unsur lain sesuai kepentingannya.
6. Kesatuan
- Unsur-unsur yang membentuk suatu tampilan, harus ada hubungan satu sama lain dalam ruang, sehingga memberi kesan menjadi satu. Kesatuan merupakan pengelompokan bentuk atau warna.
7. Harmoni/keselarasan

Ketika menyusun perlu memperhatikan persyaratan penting yaitu layout harus menggambarkan sesuatu yang kuat, dipandang dari segi visual dan komposisi keseluruhannya harus menghasilkan efek kesatuan.

c. Cara membuat buku menurut Hodgson (2015):

Petunjuk penggunaan harus memiliki kesan yang kuat dan positif. Pedoman-pedoman di bawah ini dapat membantu :

1. Hindari tampilan dalam bentuk buku teks.
2. Gunakanlah kertas yang sepadan dengan kualitas produk.
3. Manfaatkanlah warna yang bermakna dan efektif.
4. Petunjuk penggunaan tidak boleh berukuran terlalu besar, berat, kecil, atau tipis.
5. Efektifkan penggunaan gambar-gambar dan diagram-diagram.
6. Jangan berisi tulisan yang terlalu padat.
7. Gunakanlah jenis huruf "sanserif" yang bersih dan mudah dibaca.
8. Sertakan sejumlah angka bantuan.
9. Gunakanlah satu bahasa.

d. Cara merancang halaman menurut Philip Hugson (2015):

1. Ukuran jenis huruf memadai (setidaknya ukuran 12).
2. Teks dengan latar belakang sangat kontras (hitam putih adalah yang terbaik).
3. Jenis huruf "sanserif"
4. Hindari penggunaan beberapa jenis huruf.
5. Berat jenis huruf dapat digunakan secara hemat untuk menunjukkan fungsinya yang penting.
6. Penggunaan kode warna secara konsisten
7. Banyak ruang putih di antara tiap bagian dan di sekitar gambar dan paragraf.
8. Tersedia satu bagian (atau atas) bagi pengguna untuk membuat catatan mereka sendiri.
9. Tata letak yang konsisten dalam tiap halaman.

10. Uji penggunaan warna sekedar untuk memastikan dapat dibaca oleh pengguna buta warna atau tidak.
11. Hindari penggunaan warna biru muda untuk teks dan detail kecil, dan jangan menggunakan warna biru pada latar belakang merah.

e. Ukuran Buku

Menurut Ahmad Faizin Karimi (2012), dalam menentukan ukuran halaman, yang penting adalah prinsip proporsionalitas. Artinya perbandingan panjang dan lebar seimbang (kecuali untuk tujuan tertentu kita bisa menggunakan ukuran yang tidak umum). Prinsip kedua adalah kemudahan, bagaimana agar buku itu mudah dibawa. Ketiga, hubungannya dengan tebal buku/panjang naskah. Jika naskah tebal, mungkin ukuran halaman bisa menggunakan format standar. Tapi jika naskah terlalu tipis, bisa pilih ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku masih memadai untuk kebutuhan penjiilidan (binding).

Berikut adalah beberapa ukuran standar buku:

1. Ukuran besar : 20 cm x 28 cm, 21,5 cm x 15,5 cm
2. Ukuran standar : 16 cm x 23 cm, 11,5 cm x 17,5 cm
3. Ukuran kecil : 14 cm x 21 cm, 10 cm x 16 cm
4. Buku saku : 10 cm x 18 cm, 13,5 cm x 7,5 cm

f. Ketentuan Penyusunan Buku Pedoman

Menurut Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tahun 2017 dikarenakan sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat menyusun atau membuat sistematika buku pedoman sesuai dengan kebutuhan.

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan untuk buku pedoman yaitu:

- 1) Setiap buku pedoman harus dilengkapi dengan peraturan/kebijakan/keputusan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk pemberlakuan buku pedoman tersebut.
- 2) Peraturan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tetap berlaku meskipun telah terjadi pergantian Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

- 3) Setiap buku pedoman sebaiknya dilakukan evaluasi minimal 2–3 tahun sekali.
- 4) Jika Kementerian Kesehatan telah menerbitkan buku pedoman untuk kegiatan atau pelayanan tertentu, maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam pembuatan buku pedoman harus mengacu pada buku pedoman yang telah diterbitkan Kementerian Kesehatan.
- 5) Format baku penyusunan pedoman yang biasa digunakan sebagai berikut :

COVER

LEMBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Buku Pedoman
- C. Ruang Lingkup Buku Pedoman

ISI

PENUTUP

4. Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK)

Sertifikat kematian adalah sumber utama data mortalitas. Petugas yang mengisi sertifikat kematian akan mengisi rangkaian kejadian yang menjadi penyebab kematian pasien sesuai dengan format yang telah disahkan.

Pada buku ICD-10 Volume 2, format sertifikat internasional sebab kematian yang telah direkomendasi WHA (World Health Assembly) mempunyai 2 bagian:

- a. Bagian I : Digunakan untuk penyakit yang berhubungan dengan urutan kejadian yang mengarah langsung ke kematian.
- b. Bagian II: Digunakan untuk kondisi yang tidak mempunyai hubungan langsung dengan kejadian yang menyebabkan kematian, tetapi menunjang kematian.

INTERNATIONAL FORM OF MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Cause of death		Approximate interval between onset and death
I Disease or condition directly leading to death* Antecedent causes Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	(a)
	due to (or as a consequence of)	
	(b)
	due to (or as a consequence of)	
	(c)
	due to (or as a consequence of)	
	(d)
<hr/> II Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it	
	

*This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.

Gambar 2.1 Sertifikat Medis Penyebab Kematian Umum

Kondisi yang tercatat pada baris terbawah Bagian I biasanya merupakan penyebab dasar kematian yang digunakan untuk tabulasi. Namun prosedur pemilihan (*rule mortality*) bisa menyebabkan kondisi lain dipilih sebagai penyebab dasar. Untuk membedakan kedua kemungkinan ini, penyebab awal digunakan untuk merujuk ke kondisi yang terletak pada baris terakhir sertifikat, dan penyebab dasar kematian digunakan bagi penyebab yang dipilih untuk tabulasi.

Bagian II adalah untuk setiap kejadian penting yang membantu terjadinya kematian, tapi tidak berhubungan dengan penyakit atau kondisi yang secara langsung menyebabkan kematian.

Setelah kata-kata “*due to (or as a consequence of)*” pada sertifikat, yang dimasukkan bukan saja penyebab langsung atau proses patologis, tapi juga penyebab tidak langsung seperti kondisi pendahulu yang menimbulkan kerusakan jaringan atau kegagalan fungsi dan memudahkan terjadinya penyebab langsung, walaupun intervalnya telah lama. Pencatatan perkiraan interval (menit, jam, hari, minggu, bulan, atau tahun) antara awal timbulnya setiap kondisi dengan tanggal kematian dapat

membantu dokter menuliskan rantai kejadian yang menyebabkan kematian, dan juga berguna untuk membimbing pengkode untuk memilih kode yang sesuai.

Prosedur pemilihan penyebab dasar untuk tabulasi kematian menerapkan Prinsip Umum atau *Selection Rules* 1, 2, dan 3. Prinsip Umum menyatakan bahwa apabila lebih dari satu kondisi terdapat pada sertifikat, maka kondisi yang dimasukkan sendirian di baris terbawah (bagian I) hanya dipilih kalau ia merupakan penyebab seluruh kondisi di atasnya.

Contoh: I(a) Kegagalan hati

(b) Sumbatan saluran empedu

(c) Karsinoma kaput pankreas

Pilih karsinoma kaput pankreas (C25.0)

Rule 1 menyatakan, apabila Prinsip Umum tidak bisa diterapkan dan terdapat sekuensi yang berakhir pada kondisi yang pertama dituliskan pada sertifikat, pilih awal sekuensi ini. Apabila sekuensi yang berakhir pada kondisi yang disebutkan pertama lebih dari satu, pilihlah awal dari sekuensi yang pertama disebutkan.

Contoh: I (a) Bronkopneumonia

(b) Infark serebri dan penyakit jantung hipertensif

Pilih infark serebri (I63.9). Terdapat dua sekuensi yang berujung pada kondisi yang dituliskan pertama kali; bronkopneumonia akibat infark serebri, dan bronkopneumonia akibat penyakit jantung hipertensif. Penyebab awal dari sekuensi pertama yang dipilih.

Rule 2 menyatakan, apabila tidak terdapat sekuensi yang berakhir pada kondisi yang pertama dituliskan di sertifikat, pilihlah kondisi yang pertama dituliskan. Rule 3 menyatakan, apabila kondisi yang dipilih oleh Prinsip Umum atau Rule 1 atau Rule 2 jelas merupakan konsekuensi langsung dari kondisi lain yang dilaporkan, baik terletak di Bagian I atau II, pilihlah kondisi primer ini. Contoh:

I (a) Anemia pernisiiosa dan gangren kaki

(b) Atherosklerosis

Pilih anemia pernisiiosa. Tidak terdapat sekuensi yang berujung pada kondisi yang pertama kali dituliskan pada sertifikat.

Pada kasus kematian pada perinatal, SMPK yang digunakan berbeda. (Gambar 2)

Kalau kondisi memungkinkan, sertifikat medis penyebab kematian perinatal harus diselesaikan, dengan penyebabnya diatur sebagai berikut:

- a) Penyakit atau kondisi utama janin atau bayi
- b) Penyakit atau kondisi lain pada janin atau bayi
- c) Penyakit atau kondisi utama ibu yang mempengaruhi janin atau bayi
- d) Penyakit atau kondisi lain ibu yang mempengaruhi janin atau bayi
- e) Kondisi lain yang relevan

Selection Rules untuk kematian umum tidak bisa dipergunakan untuk sertifikat kematian perinatal. Namun, sertifikat kematian yang diterima bisa tidak berisi sesuai dengan pedoman di atas, sehingga Rule berikut harus dipedomani.

CERTIFICATE OF CAUSE OF PERINATAL DEATH			
To be completed for stillbirths and liveborn infants dying within 168 hours (1 week) from birth			
<i>Identifying particulars</i>		<input type="checkbox"/> This child was born live on _____ at _____ hours and died on _____ at _____ hours <input type="checkbox"/> This child was stillborn on _____ at _____ hours and died before labour <input type="checkbox"/> during labour <input type="checkbox"/> not known <input type="checkbox"/>	
Mother		Child	
Date of birth <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1st day of last or, if unknown, age (years) <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Birthweight: grams	
Number of previous pregnancies: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Live births <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Stillbirths <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Abortions <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Sex: <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/> Indeterminate <input type="checkbox"/> Single birth <input type="checkbox"/> First twin <input type="checkbox"/> Second twin <input type="checkbox"/> Other multiple	
Outcome of last previous pregnancy: <input type="checkbox"/> Live birth <input type="checkbox"/> Stillbirth <input type="checkbox"/> Abortion Date <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Antenatal care, two or more visits: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not known	
Delivery: <input type="checkbox"/> Normal spontaneous vertex <input type="checkbox"/> Other (specify)		Attendant at birth	
		<input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Trained midwife Other trained person (specify) Other (specify)	
Causes of death			
a. Main disease or condition in fetus or infant			
b. Other diseases or conditions in fetus or infant			
c. Main maternal disease or condition affecting fetus or infant			
d. Other maternal diseases or conditions affecting fetus or infant			
e. Other relevant circumstances			
<input type="checkbox"/> The certified cause of death has been confirmed by autopsy <input type="checkbox"/> Autopsy information may be available later <input type="checkbox"/> Autopsy not being held		I certify Signature and qualification	

Gambar 2.2 Sertifikat Medis Penyebab Kematian pada Perinatal

Rule P1. Cara Kematian atau prematuritas ditulis di bagian (a). Apabila kegagalan jantung, asfiksia atau anoksia, atau prematuritas dituliskan pada bagian (a), dan kondisi lain pada janin atau bayi dituliskan pada bagian (a) atau (b), maka kodelah kondisi lain yang disebutkan terlebih dahulu, seolah-olah ia telah dituliskan pada bagian (a), dan kodelah kondisi yang dituliskan pada bagian (a) seolah-olah ia telah dituliskan pada bagian (b).

Contoh: Lahir hidup; meninggal pada usia 4 hari

- | | |
|---------------------------|-------|
| (a) Prematuritas | Q05.9 |
| (b) Spina bifida | P07.3 |
| (c) Insufisiensi plasenta | P02.2 |
| (d) --- | |

Prematuritas dikode pada (b), dan Spina Bifida pada (a)

RuleP2. Dua kondisi atau lebih ditulis pada bagian (a) atau (c). Apabila dua kondisi atau lebih ditulis pada (a) atau (c), kodelah kondisi yang terlebih dahulu ditulis seolah-olah ia telah ditulis sendirian pada (a) atau (c), dan kodelah kondisi yang lain seolah-olah ia telah ditulis pada (b) atau (d).

Contoh: Lahir mati, kematian sebelum persalinan dimulai.

- | | |
|--|-------|
| (a) Malnutrisi berat janin | P05.0 |
| Berat badan rendah dibandingkan usia kehamilan | |
| Anoksia antepartum | |
| (b)--- | P20.9 |
| (c) Pre-eklampsia berat | P00.0 |
| Plasenta previa | |
| (d)--- | P02.0 |

Disini berat badan rendah dan malnutrisi ditulis pada (a) sedangkan anoksia antepartum ditulis pada (b); begitu pula pre-eklampsia berat ditulis pada (c) sedangkan plasenta previa ditulis pada (d).

RuleP3. Bagian (a) atau (c) tidak berisi. Apabila bagian (a) tidak berisi data, tapi terdapat kondisi janin atau bayi yang ditulis pada bagian (b), kodelah yang terlebih dahulu ditulis seolah-olah ia telah ditulis pada (a); apabila (a) dan (b) tidak berisi, maka kodelah pada (a) P95 (kematian janin dengan penyebab tidak spesifik) untuk kelahiran mati, atau P96.9 (kondisi yang dimulai pada masa perinatal, tidak dijelaskan) untuk kematian neonatal dini. Begitu pula, apabila tidak ada isi di bagian (c) tetapi terdapat kondisi ibu yang ditulis di bagian (d), kodelah yang terlebih dahulu ditulis seolah-olah ia telah ditulis di bagian (c); apabila bagian (c) dan bagian (d)

tidak berisi, maka gunakanlah semacam kode buatan sendiri, misalnya xxx.x untuk bagian (c) untuk menunjukkan bahwa kondisi ibu tidak dilaporkan.

Contoh: Lahir hidup, meninggal pada 15 menit

- (a)--- P10.4
- (b)Robekan tentorium P22.0
Sindroma distress pernafasan
- (c)--- xxx.x
- (d)---

Robekan tentorium dikode pada (a), dan xxx.x dikode pada (c).

RuleP4. Kondisi yang ditulis pada bagian yang salah. Apabila suatu kondisi ibu ditulis pada bagian (a) atau (b), atau apabila kondisi pada janin atau bayi ditulis pada (c) atau (d), maka kodelah seolah-olah mereka telah ditulis pada tempat yang benar. Apabila suatu kondisi yang dapat diklasifikasikan sebagai kondisi pada janin atau bayi atau suatu kondisi pada ibu, ditulis pada bagian (e), maka kodelah ia sebagai kondisi anak atau ibu pada bagian yang sesuai.

Contoh: Lahir mati, meninggal di awal persalinan

- (a)Hipoksia intra-uterus berat P20.9
- (b)Letak oksipito-posterior persisten
- (c)--- P03.1
- (d)--- P03.2
- (e)Kelahiran dengan forseps yang sulit

Letak oksipito-posterior persisten dikode pada (c); dan kelahiran dengan forseps yang sulit dikode pada (d).

5. FGD (*Focus Group Discussion*)

a. Pengertian FGD

Focus Group Discussion (FGD) adalah sebuah teknik pengumpulan data yang umumnya dilakukan pada penelitian kualitatif dengan tujuan menemukan

makna sebuah tema menurut pemahaman sebuah kelompok. Teknik Focus Group Discussion (FGD) dimaksudkan untuk menghindari pemaknaan yang salah dari seorang peneliti terhadap focus masalah yang sedang diteliti.

Focus Group Discussion (FGD) dibangun berdasarkan keterbatasan individu yang selalu tersembunyi pada ketidaktahuan kelemahan pribadi tersebut, setiap anggota kelompok saling memberi pengarahan atau pengetahuan satu dengan yang lainnya, sehingga ia berupaya agar menjadi yang terbaik.

Pandangan yang menyatakan kelompok memiliki pemikiran yang lebih sempurna dari individu, memiliki pemikiran yang relatif tak terbantahkan, karena pada umumnya kelebihan berfikir individu selalu dibatasi oleh bingkai berpikir pribadi. Biasanya batasan pemikiran ini membuat orang seseorang berfikir egois, berfikir sempit, bahkan menghalangi progresivitas individu. Maka dari itu penggunaan Focus Group Discussion (FGD) dimulai dari pertimbangan apakah teknik ini

b. Keterlibatan Peserta FGD

Di dalam proses Focus Group Discussion (FGD), peneliti melibatkan berbagai pihak yang dipandang dapat member sumbangan pemikiran terhadap persoalan yang didiskusikan. Namun karena kapasitas merupakan pertimbangan kualitas diskusi, maka peneliti juga harus mempertimbangkan siapa saja yang akan menjadi peserta Focus Group Discussion (FGD), siapa pula narasumber.

Pertimbangan menentukan siapa yang terlibat dalam Focus Group Discussion (FGD) berkaitan dengan beberapa hal; (a) keahlian atau kepakaran seseorang dalam kasus yang akan didiskusikan; (b) pengalaman praktis dan kepedulian terhadap fokus masalah; (c) “pribadi terlibat” dalam fokus masalah; (d) tokoh otoritas terhadap kasus yang didiskusikan; (e) masyarakat awam yang tidak tahu menahu dengan masalah tersebut namun ikut merasakan persoalan sebenarnya.

c. Penggunaan FGD

Focus Group Discussion (FGD) sebagaimana metode-metode kualitatif yang lain, memiliki karakter yang unik pada saat digunakan. Karena itu paling

tidak ada beberapa cara penggunaan Focus Group Discussion (FGD) sebagai berikut:

Pertama; pada mulanya Focus Group Discussion (FGD) harus memiliki tujuan, dimana tujuan ini akan mewarnai isi dari Focus Group Discussion (FGD) itu sendiri. Tujuan Focus Group Discussion (FGD) ini harus diketahui oleh peserta Focus Group Discussion (FGD) melalui pemberitahuan yang dilakukan sebelum hari pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD) atau pada saat Focus Group Discussion (FGD) akan dilaksanakan. Kesediaan peserta untuk hadir dalam Focus Group Discussion (FGD) merupakan bentuk kesanggupan mereka terhadap partisipasinya dalam Focus Group Discussion (FGD) maupun kesanggupan untuk mengulas bahan diskusi yang menjadi fokus diskusi.

Kedua ; Focus Group Discussion (FGD) tak bisa dilepas dari interview pribadi, artinya pada proses pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD), proses interview pribadi menjadi teknik-teknik penting yang digunakan untuk mencoba mengungkapkan persoalan sebenarnya. Penggunaan interview dalam Focus Group Discussion (FGD) ini bisa dilakukan dengan cara terputus. Yaitu mencoba menghentikan interview pada tahap-tahap tertentu, kemudian mengalihkan ketahapan yang terlibat dalam kasus atau peristiwa pada masalah fokus diskusi ini, untuk mencoba mereview apakah fokus diskusi sudah mengarah kepada persoalan sebenarnya.

Ketiga; hasil Focus Group Discussion (FGD) juga akan sangat bermakna, apabila penggunaannya dihubungkan dengan metode lain seperti observasi partisipasi. Metode observasi partisipasi ini merupakan metode yang umum digunakan untuk mengamati dan ikut terlibat dalam peristiwa-peristiwa yang dialami oleh orang-orang tertentu yang masalahnya sedang menjadi fokus diskusi.

Keempat; penggunaan Focus Group Discussion (FGD) juga akan semakin berkembang apabila metode ini dapat menggunakan bahan-bahan atau hasil survey yang berhubungan dengan fokus Focus Group Discussion (FGD) kali ini. Hasil-hasil survey kali ini juga berguna untuk Focus Group Discussion (FGD)

yang dapat disajikan dalam bentuk tabel–tabel. Hal ini berguna untuk menemukan makna yang ada dibalik semua yang dapat diungkapkan dalam Focus Group Discussion (FGD).

Kelima ; penggunaan Focus Group Discussion (FGD) juga dapat memanfaatkan bahan-bahan eksperimen atau dapat dihubungkan dengan teknik eksperimen. Penggunaan Focus Group Discussion (FGD) dengan memanfaatkan eksperimen dkhhususkan pada tujuan-tujuan tertentu.

Jadi apabila kita ingin melihat makna pengaruh-pengaruh tertentu dari suatu fenomena terhadap fenomena lain, maka Focus Group Discussion (FGD) dapat menggunakan model eksperimen untuk membantu menemukan pengaruh tersebut. Jadi penggunaan Focus Group Discussion (FGD) memiliki dimensi yang luas, tidak saja menyangkut hubungan Focus Group Discussion (FGD) dengan teknik-teknik lainnya, namun juga menyangkut penggunaan Focus Group Discussion (FGD) pada masalah-masalah yang menjadi fokus Focus Group Discussion (FGD).

6. Medical Mortality Data System

MMDS atau *Medical Mortality Data System* digunakan untuk membantu penentuan urutan penyebab kematian dari penyebab dasar, penyebab antara, dan penyebab langsung yang berupa *Desicion Table*. *Decision Table* adalah kumpulan daftar yang memberikan panduan dan arahan dalam penerapan aturan seleksi dan modifikasi yang dipublikasikan dalam ICD-10 Volume 2 (Sarimawar dan Suhardi, 2008:24-28).

Tabel MMDS dibagi menjadi 8 bagian, yaitu:

a. Tabel A

Tabel A merupakan daftar kode ICD-10 yang benar untuk penggunaan dalam pengkodean penyebab kematian dasar dan multiple (penyebab langsung dan antara).

b. Tabel B

Tabel B merupakan daftar kode yang benar untuk penggunaan penyebab multiple, tetapi tidak untuk pengkodean penyebab dasar.

c. Tabel C

Tabel C merupakan daftar kode ICD-10 yang tidak benar baik bagi pengkodean penyebab utama maupun multiple.

d. Tabel D

Tabel D digunakan untuk menentukan hubungan kausal dari rangkaian penyebab kematian yang tercantum pada Sertifikat Medis Penyebab Kematian bagian I. *Address code* tercantum pada bagian atas daftar kode-kode penyakit yang dapat menjadi penyebab dari kode penyakit *Address code (Sub Address)*. Apabila *Sub Address code* tidak tercantum di bawah *Address code*, maka urutan penyebab kematian tidak bisa diterima. Namun, tabel D hanya bisa digunakan pada hubungan penyebab kematian yang menerapkan prinsip umum, *rule 1*, dan *rule 2*.

e. Tabel E

Tabel E digunakan untuk penyebab kematian yang menerapkan aturan seleksi 3. Pada penggunaan tabel E, terdapat beberapa singkatan yang perlu dipahami, yaitu:

a. DS (*Direct Sequeli*)

Bila penyebab tentatif dianggap sebagai akibat langsung (*Direct Sequeli*) dari kondisi lain pada sertifikat dalam bagian I, karena sebagai penyebab dasar tentatif dilaporkan pada baris yang sama atau lebih bawah, jika kondisi lain tersebut dilaporkan dalam bagian II, dan kode untuk kondisi lain lebih dipilih daripada kode untuk penyebab dasar tentatif tersebut.

b. DCS (*Direct Sequel Combine*)

Bila penyebab dasar dianggap sebagai akibat langsung dari kondisi lain pada sertifikat bagian I (sebagai dasar tentatif) letaknya harus pada baris yang sama atau lebih bawah) atau kondisi lain dalam bagian II, dan kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga

c. IDDC (*III Defined Direct Combine*)

Bila penyebab dasar tentatif adalah kondisi yang tidak jelas yang dalam posisinya disebabkan oleh kondisi lain, dan kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga

d. SENMC (*Senility Mention Combine*)

Bila penyebab dasar tentatif adalah senilitas, dan kondisi ini dilaporkan bersama kondisi lain yang disebutkan pada sertifikat, dan kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga

e. SENDC (*Senility Due To Combine*)

Bila penyebab dasar tentatif adalah senilitas, dan dilaporkan dalam posisi menyebabkan kondisi lain, dan kode-kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi ketiga

f. LMP (*UnderLying With Mention of Preferred*)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dengan menyebutkan kondisi lain dalam bagian I atau II sertifikat, dan kode untuk kondisi lain tersebut lebih dipilih daripada kode untuk penyebab dasar tentatif

g. LMC (*underLying with mention of combine*)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dengan menyebutkan kondisi lain dalam bagian I atau II sertifikat, dan kode-kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga

h. LDP (*underLying in the Due to Position*)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dalam posisi menyebabkan kondisi lain, kode untuk kondisi lain tersebut lebih dipilih untuk kode penyebab dasar tentatif

i. LDC (*underLying in the Due to position Combine*)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dalam posisi menyebabkan kondisi lain, dan kode-kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga

j. SMP (*Selected Modification Preferred*)

Bila penyebab dasar tentatif menggambarkan kondisi dengan istilah yang umum, dan suatu kondisi yang memberikan informasi lebih teliti tentang letak atau sifat kondisi ini dilaporkan dibaris lain pada sertifikat, kode untuk kondisi yang lebih terlit lebih dipilih daripada kode untuk penyebab dasar tentatif

k. SMC (*Selected Modification Combine*)

Bila penyebab dasar tentatif menggambarkan kondisi dengan istilah yang umum, dan suatu kondisi yang memberikan informasi lebih teliti tentang letak atau sifat kondisi ini dilaporkan dibaris lain pada sertifikat, dan kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain bergabung menjadi kode ketiga

l. SDC (*Selected in the Due to position Combine*).

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dalam posisi menyebabkan kondisi lain, dan dapat dianggap sebagai kata sifat yang mengubah kondisi ini, dan kode-kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain bergabung menjadi kode ketiga

f. Tabel F

Tabel F menerangkan tentang enteri paling ambivalen atau belum pasti (M) yang ditemukan dalam tabel D dan tabel E. Tabel F memberikan pedoman lebih lanjut dalam memilih penyebab utama yang paling sesuai. Jika kondisi yang ditempatkan dalam tabel F dapat dipenuhi, kode atau kode kombinasi ini dipilih sebagai penyebab utama kematian. Kode ini mungkin dapat diubah oleh penerapan aturan-aturan lebih lanjut.

g. Tabel G

Tabel G adalah daftar kode yang diciptakan untuk membantu perangkat lunak MMDS, yang membedakan antara kondisi-kondisi tertentu yang dikode ke dalam

kategori yang sama. Tabel ini merupakan daftar konversi untuk mengubah kategori ICD-10 buatan kembali ke kode ICD-10 asli.

h. Tabel H

Tabel H berisi daftar kode yang dianggap remeh atau tidak berat (kode trivia) ketika menentukan penyebab utama kematian.

7. Sosialisasi

a. Pengertian Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses seorang individu belajar berintegrasi dengan sesamanya dalam suatu masyarakat menurut sistem nilai, norma, dan adat istiadat yang mengatur masyarakat yang bersangkutan (Suyono, 1985:379). Sedangkan menurut Suharto (1991: 112), sosialisasi atau proses memasyarakat adalah proses orang-orang yang menyesuaikan diri terhadap norma-norma sosial yang berlaku, dengan tujuan supaya orang-orang yang bersangkutan dapat diterima menjadi anggota suatu masyarakat.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa sosialisasi adalah suatu proses belajar serta mengenal norma dan nilai-nilai sehingga terjadi pembentukan sikap untuk berperilaku sesuai dengan tuntunan atau perilaku masyarakatnya.

b. Tipe Sosialisasi

1. Formal

Sosialisasi yang dilakukan melalui lembaga-lembaga berwenang menurut ketentuan negara atau melalui lembaga-lembaga yang dibentuk menurut undang-undang dan peraturan pemerintah yang berlaku.

2. Informal

Sosialisasi tipe ini terdapat di masyarakat atau dalam pergaulan yang bersifat kekeluargaan, seperti antara teman, sahabat, sesama anggota klub, dan kelompok-kelompok sosial yang ada di dalam masyarakat.

Baik sosialisasi formal maupun sosialisasi informal tetap mengarah kepada pertumbuhan pribadi anak agar sesuai dengan nilai dan norma yang

berlaku di lingkungannya. Dalam lingkungan formal seperti di sekolah, seorang siswa bergaul dengan teman sekolahnya dan berinteraksi dengan guru dan karyawan sekolahnya. Dalam interaksi tersebut, ia mengalami proses sosialisasi. Dengan adanya proses sosialisasi tersebut, siswa akan disadarkan tentang peranan apa yang harus ia lakukan. Siswa juga diharapkan mempunyai kesadaran untuk menilai dirinya sendiri. Meskipun proses sosialisasi dipisahkan secara formal dan informal, namun hasilnya sangat sulit untuk dipisah pisahkan karena individu biasanya mendapat sosialisasi formal dan informal sekaligus (Maryati, 2006: 109).

c. Pola Sosialisasi

Pola sosialisasi menurut Jaeger dalam Sunarto (1993: 37) dibagi dalam dua pola, yaitu: sosialisasi represif dan sosialisasi partisipatoris. Sosialisasi represif (*repressive socialization*) menekankan pada penggunaan hukuman terhadap kesalahan. Ciri lain dari sosialisasi represif adalah penekanan pada penggunaan materi dalam hukuman dan imbalan. Sosialisasi partisipatoris (*participatory socialization*) merupakan pola di mana anak diberi imbalan ketika berperilaku baik. Selain itu, hukuman dan imbalan bersifat simbolik. Dalam proses sosialisasi ini anak diberi kebebasan. Penekanan diletakkan pada interaksi dan komunikasi bersifat lisan yang menjadi pusat sosialisasi adalah anak dan keperluan anak.

8. Uji User

a. Skala Likert

Skala likert adalah suatu skala psikometrik yang umum digunakan dalam angket dan merupakan skala yang paling banyak digunakan dalam riset berupa survei. Nama skala ini diambil dari nama rensis likert, yang menerbitkan suatu laporan yang menjelaskan penggunaannya. Skala likert meletakkan respon dalam suatu kontinum, misal respon angka 1 hingga 5. Berikut merupakan contoh skala likert dengan 5 pilihan :

1 = Sangat tidak setuju

- 2 = Tidak setuju
- 3 = Biasa
- 4 = Setuju
- 5 = Sangat setuju

Contoh alat ukur yang menggunakan skala Likert :

Tabel 2.1 Contoh Skala Likert

No	Keterangan	STS	TS	N	S	SS
1.	Rumah Sakit X memberikan pelayanan yang berkualitas				√	
2.	Rumah Sakit X memiliki lokasi yang tidak menyusahkan.				√	
3.	Rumah Sakit X memiliki lingkungan yang bersih dan asri.					√

b. Skala Semantic Differentials

Skala ini berusaha mengukur arti suatu obyek atau konsep bagi seorang responden. Responden diminta untuk menilai suatu obyek atau konsep pada suatu skala bipolar yang mempunyai dua ajektif yang bertentangan. Skala ini mengandung unsur evaluasi (misalnya bagus-buruk, berguna-tidak berguna, jujur-tidak jujur, bersih-kotor), unsur potensi (misalnya besar-kecil, kuat-lemah, berat-ringan) dan unsur aktivitas (misalnya aktif-pasif, cepat-lambat, panas-dingin) menurut Osgood, yang dikutip Sofyan Efendi, ketiga unsur ini dapat mengukur tiga dimensi sikap, yakni:

- 1) Evaluasi responden tentang obyek atau konsep yang sedang diukur.
- 2) Persepsi responden tentang potensi obyek atau konsep tersebut.
- 3) Persepsi responden tentang aktivitas obyek.

c. Uji TAM

Menurut Amin (2016:250) Technology Acceptance Model (TAM) dikenal sebagai model penerimaan teknologi yang telah dikembangkan Davis et al. (1989). TAM merupakan model pengembangan dari TRA. Konsep TAM berawal dari kapabilitas dari fitur-fitur sistem informasi, kemudian mengarah pada motivasi individu untuk menggunakan sistem informasi selanjutnya muncul tindakan penggunaan yang disebut sebagai perilaku. Munculnya teknologi dengan berbagai inovasi membuat para ahli memodifikasi TAM (1996) dengan ditambahkan variabel eksternal yang memungkinkan memiliki keterkaitan dengan faktor persepsi kemudahan penggunaan dan persepsi manfaat. TAM dianggap sebagai model sistem informasi yang bersifat parsimoni yaitu model yang cukup sederhana namun valid jika dilakukan uji coba. Pendekaaan TAM menjelaskan bahwa individu yang menggunakan sistem informasi, harus memiliki beberapa faktor prediktor utama TAM yaitu sebagai berikut :

1) Persepsi kemanfaatan pengguna (usefulness)

Adam, et.al (1992) mendefinisikan usefulness (kemanfaatan) sebagai suatu tingkatan dimana seseorang percaya bahwa penggunaan suatu subyek tertentu akan dapat meningkatkan prestasi kerja orang tersebut. Pendapat lain dari Thompson, et.al (1991) berpendapat bahwa kemanfaatan teknologi informasi merupakan manfaat yang diharapkan oleh pengguna teknologi informasi dalam melaksanakan tugasnya. Pengukuran kemanfaatan tersebut berdasarkan frekuensi penggunaan dan diversitas/ keragaman aplikasi yang dijalankan. Thompson (1991) juga menyebutkan bahwa individu akan menggunakan teknologi informasi jika mengetahui manfaat positif atas penggunaannya. Chin dan Todd (1995) memberikan beberapa dimensi tentang kemanfaatan teknologi informasi dibagi kedalam dua kategori yaitu :

a) Kemanfaatan dengan estimasi satu faktor. Kemanfaatan dengan estimasi satu faktor meliputi dimensi:

(1) Makes job easier (menjadikan pekerjaan lebih mudah)

(2) Usefull (bermanfaat)

- (3) Increase productivity (menambah produktifitas)
- (4) Enhance effectiveness (mempertinggi efektifitas)
- (5) Improve job performance (mengembangkan kinerja pekerjaan)

b) Kemanfaatan dengan estimasi dua faktor

Kemanfaatan dengan estimasi dua faktor dibagi menjadi dua kategori lagi yaitu kemanfaatan dan efektifitas, dengan dimensi masing-masing yang dikelompokkan sebagai berikut :

Kemanfaatan meliputi dimensi :

- (1) Makes job easier (menjadikan pekerjaan lebih mudah)
- (2) Usefull (bermanfaat)
- (3) Increase productivity (menambah produktifitas)

Efektifitas meliputi dimensi :

- (1) Enhance my effectiveness (mempertinggi efektifitas)
- (2) Improve my job performance (mengembangkan kinerja pekerjaan)

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kemanfaatan penggunaan teknologi informasi dapat diketahui dari kepercayaan pengguna teknologi informasi dalam memutuskan penerimaan teknologi informasi, dengan satu kepercayaan bahwa penggunaan teknologi informasi tersebut memberikan kontribusi positif bagi penggunanya. Seseorang mempercayai dan merasakan dengan menggunakan telepon seluler sangat membantu dan mempertinggi prestasi kerja yang akan dicapainya, atau dengan kata lain orang tersebut mempercayai penggunaan teknologi informasi telah memberikan manfaat terhadap pekerjaan dan pencapaian prestasi kerjanya. Konstruksi persepsi manfaat berasal dari model TAM pada awalnya merujuk pada pekerjaan yang berhubungan dengan produktifitas, kinerja, dan efektifitas (Davis, 1989).

- 2) Persepsi kemudahan penggunaan (perceived ease of use)

Menurut Davis (1989) mendefinisikan *perceived ease of use* (kemudahan penggunaan yang dipersepsikan) sebagai suatu tingkatan dimana seseorang percaya bahwa komputer dapat dengan mudah dipahami. Sedangkan menurut Goodwin (1987); Silver (1988); dalam Adam et.al (1992), intensitas penggunaan dan interaksi antara pengguna (user) dengan sistem juga dapat menunjukkan kemudahan penggunaan. Sistem yang lebih sering digunakan menunjukkan bahwa sistem tersebut lebih dikenal, lebih mudah dioperasikan dan lebih mudah digunakan oleh penggunanya.

Berdasarkan definisi diatas dapat diketahui bahwa kemudahan penggunaan akan mengurangi usaha (baik waktu dan tenaga) seseorang didalam mempelajari teknologi informasi. Perbandingan kemudahan tersebut memberikan indikasi bahwa orang yang menggunakan teknologi informasi bekerja lebih mudah dibandingkan dengan orang yang bekerja tanpa menggunakan teknologi informasi (secara manual). Pengguna teknologi informasi mempercayai bahwa teknologi informasi yang lebih fleksibel, mudah dipahami dan compatible (mudah dalam pengoperasiannya) sebagai karakteristik kemudahan penggunaan. Menurut Davis (1989) memberikan beberapa indikator kemudahan penggunaan teknologi informai antara lain meliputi :

- a) Teknologi informasi sangat mudah dipelajari
- b) Teknologi informasi mengerjakan dengan mudah apa yang diinginkan oleh pengguna
- c) Keterampilan pengguna bertambah dengan menggunakan teknologi informasi
- d) Teknologi informasi sangat mudah untuk dioperasikan

Berdasarkan telaah teoritis dan hasil-hasil pengujian empiris diatas, dapat disimpulkan bahwa penerimaan penggunaan teknologi informasi juga turut dipengaruhi oleh kemudahan penggunaan teknologi informasi, yang merupakan refleksi psikologis pengguna yang lebih bersikap terbuka terhadap sesuatu yang sesuai dengan apa yang dipahaminya dengan mudah. Kemudahan tersebut dapat mendorong seseorang untuk menerima

menggunakan teknologi informasi. Persepsi kemudahan penggunaan adalah sejauh mana interaksi individu dengan sistem informasi atau teknologi yang spesifik terlepas dari pengaruh psikologis (Davis, 1989). Persepsi kemudahan penggunaan merupakan salah satu keyakinan utama yang mempengaruhi niat perilaku pengguna teknologi model TAM yang asli maupun yang telah direvisi. Perkembangan model TAM ini adalah mengemukakan bahwa pengaruh niat perilaku menggunakan teknologi informasi melalui dua jalur yaitu efek langsung dan efek tidak langsung.

3) Sikap terhadap penggunaan

Menurut Fishbein dan Ajzen (1975) menyatakan bahwa sikap adalah sebagai jumlah dari afeksi (perasaan) yang dirasakan seseorang untuk menerima atau menolak suatu obyek atau perilaku dan diukur dengan suatu prosedur yang menempatkan individual pada skala evaluatif dua kutub, misalnya baik atau jelek, setuju atau menolak. Pendapat lain dari Milton (1981) dan Indriyo (1997) menyatakan bahwa sikap adalah keteraturan perasaan dan pikiran seseorang dan kecenderungan bertindak terhadap aspek lingkungannya.

Berdasarkan pernyataan diatas, maka sikap merupakan evaluasi kepercayaan terhadap perasaan positif atau negatif dari seseorang jika harus melakukan perilaku yang akan ditentukan. Teori sikap membahas tentang bagaimana sikap itu dibentuk dan berubah. Sebagian teori berdasarkan pada pendekatan rangsangan-rangsang dari teori perilaku dan sebagian lagi mendasarkan diri pada pendekatan konsisten kognitif. Pengalaman-pengalaman yang menimbulkan disonansi kognitif tersebut dapat diatasi dengan tiga cara yaitu :

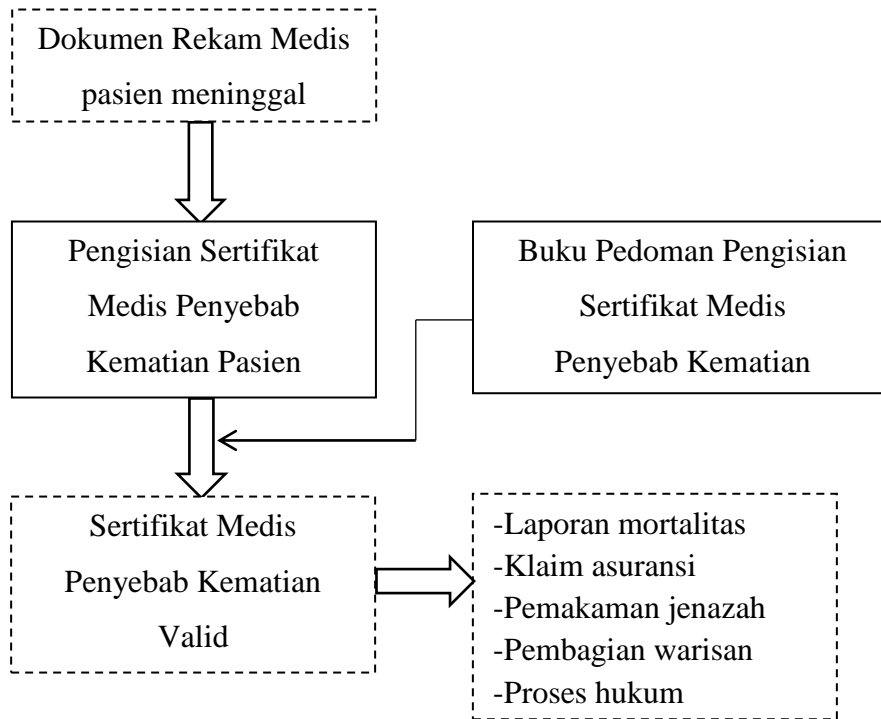
- a) Rasionalisasi yaitu dengan meyakinkan dirinya bahwa produk yang dibelinya kebetulan mengalami kekeliruan kontrol kualitas, sehingga sikap positif tetap dipertahankan
- b) Mencari tambahan informasi yang mendukung atau konsisten dengan perilakunya. Cara ini dilakukan dengan menonjolkan keunggulan dari produk atau merek yang diyakininya dapat mengurangi kekecewaan

c) Menghapuskan atau mengurangi beberapa elemen yang menyebabkan disonansi dengan cara mengubah pandangannya atau sikapnya dengan melakukan substitusi produk atau merek. Hal ini terjadi apabila tingkat kekecewaan sudah sangat berat sehingga mencari produk penggantinya.

4) Behavioral Intention to Use (ITU)

Behavioral Intention to Use adalah kecenderungan perilaku untuk tetap menggunakan suatu teknologi. Tingkat penggunaan sebuah teknologi komputer pada seorang dapat diprediksi dari sikap perhatiannya terhadap teknologi tersebut, misalnya keinginan menambah peripheral pendukung, motivasi untuk tetap menggunakan, serta keinginan untuk memotivasi pengguna lain. Peneliti selanjutnya menyatakan bahwa sikap perhatian untuk menggunakan adalah prediksi yang baik untuk mengetahui Actual Usage (Wibowo:2008)

B. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Keterangan: ————— Diteliti
----- Tidak Diteliti

Pada pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian pasien meninggal, dokumen Rekam Medis pasien tersebut menjadi sumber informasi dalam pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian. Dalam pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian, perlu diperhatikan bagian-bagian yang penting dan juga *Rule* dalam menentukan urutan kronologi dan kodefikasinya, sehingga perlu dibantu dengan Buku Pedoman Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian supaya Sertifikat Medis Penyebab Kematian pasien menjadi sumber yang valid untuk dijadikan sebagai sumber laporan mortalitas, klaim asuransi pasien, pemakaman jenazah, pembagian warisan, dan proses hukum apabila diperlukan.