# BAB IITINJAUAN PUSTAKA

1. **Landasan Teori**
2. **Puskesmas**

 Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

 Menurut Permenkes no 75. Tahun 2014, Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut 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. Sistem Informasi Puskesmas adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya.

Puskesmas juga memiliki wewenang untuk:

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan;
2. Masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
3. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
4. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan;
5. Masyarakat dalam bidang kesehatan;
6. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan;
7. masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
8. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan danupaya kesehatan berbasis masyarakat;
9. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
10. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
11. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses,mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan
12. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat,termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.
13. **Rawat Darurat**

 Yang dimaksud dengan pelayanan rawat darurat (*emergency care*) adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*). Unit kesehatanyang menyelenggarakan pelayanan Rawat darurat disebut dengan nama Unit Rawat Darurat (*Emergency Unit*). Tergantung dari kemampuan yang dimiliki. (Azwar, 1994)

 Menurut Permenkes nomor 19 tahun 2016 tentang sistem penanggulangan Rawat darurat, yang dimaksut dengan Rawat Darurat adalah kedaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Sedangkan Pelayanan Rawat Darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh Korban/Pasien Rawat Darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. (Kesehatan, Permenkes No. 19, 2016)

 Menurut Azrul Azwar dalam buku Pengantar Administrasi Kesehatan, Kegiatan yang menjadi tanggung jawab UGD banyak macamnya, secara umum dapat dibedakan atas tiga macam, yaitu:

1. Menyelenggarakan Pelayanan Rawat Darurat

 Kegiatan yang menjadi tanggung jawab UGD adalah menyelenggarakan pelayanan rawat darurat. Sayangnya jenis pelayanan kedokteran yang bersifat khas ini sering disalah gunakan. Pelayanan rawat darurat yang sebenarnya bertujuan untuk menyelamatkan kehidupan (*live saving)*, sering dimanfaatkan hanya untuk memperoleh pelayanan ppertolongan pertama (*first aid*) dan bahkan pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*).

1. Menyelenggarakan Pelayanan Penyaringan untuk Kasus – kasus yang Membutuhkan Pelayanan Rawat Inap Intensif

 Kegiatan selanjutnya adalah menyelenggarakan pelayanan penyaringan untuk kasus – kasus yang membutuhkan pelayanan intensif. Pada dasarnya kegiatan ini merupakan lanjutan dari pelayanan draurat, yakni dengan merujuk kasus – kasus rawat darurat yang dinilai berat untuk memperoleh pelaayanan rawat inap intensif.

1. Menyelenggarakan Pelayanan Informasi Medis Darurat

 Kegiatan yang tidak kalah penting adalah menyelenggarakan informasi medis darurat dalam bentuk menampung serta menjawab ssemua pertanyaan anggota masyarakat yang ada hubungannya dengan keadaan medis darurat (*emergency medical questions*).

1. **Rekam Medis**

 Rekam medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan Rawat darurat. (Depkes, 2006)

 Menurut DepKes RI (2006) tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaiman yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

 Sesuai dengan penjelasan Permenkes No. 269 Tahun 2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Di dalamnya dijelaskan juga mengenai isi rekam medis pasien rawat jalan, pasien rawat inap, dan pasien rawat darurat. (Kesehatan, Permenkes No. 269, 2008)

 Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, menurut Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis tahun 2006, kegunaan rekam medis antara lain:

1. Aspek administrasi

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

 Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam bidang teknologi informasi yang sudah memasuki bidang kesehatan, maka penggunaannya didalam rekam medis saat ini sangat diperlukan karena kita melihat proses pengobatan dan tindakan yang diberikan atas diri seorang pasien dapaat diakses secara langsung oleh bagian yang berwenang atas pemeriksaan tersebut.

 Kemudian pengolahan data – data medis secara komputerisasi juga akan memudahkan semua pihak yang berwenang dalam hal ini petugas administrasi di suatu instansi pelayanan kesehatan dapat segera mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien selama pasien yang menjalani pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan

1. Aspek Medis

 Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/tindakan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

1. Aspek Hukum

 Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karenanya isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai bukti untuk menegakkan keadila, Rekam Medis adalah milik Dokter dan Rumah Sakit sedangkan isinya terdiri dari Identitas Pasien, Pemeriksaan, Pengobatan, Tindakan, dan Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang – undangan yang berlaku (UU Praktik Kedokteran RI No.29 Tahun 2004 Pasal 26 ayat (1), Penjelasan).

1. Aspek keuangan

 Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobata, terapi serta tindakan – tindakan apa saja yang diberikan seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi computer dalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

1. Aspek Penelitian

 Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data dan infrormasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengentahuan dibidang kesehatan.

1. Aspek Pendidikaan

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

1. Aspek Dokumentasi

 Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi informasi dapat diaplikasikan penerapannya didalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang cukup efektif dan efisien. Pendokumentasian data rekam medis seorang pasien dapat dilaksanakan dengan mudah dan efektif sesuai aturan prosedur yang telah diterapkan.

 Sedangkan isi rekam medis pasien rawat darurat pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :

Identitas pasien;

Kondisi saar pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;

Identitas pengatar pasien;

Tanggal dan waktu;

Hasil anamnesis, mencakup sekurang – kuraangnya keluhan dan riwayat penyakit;

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;

Diagnosis;

Pengobatan dan/ tindakan;

Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencanatindak lanjut;

Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;

Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan

Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;

1. **Registrasi Pasien**

 Registrasi pasien merupakan tempat pelayanan awal pasien yang akan berobat di sarana pelayanan kesehatan. Maka, berawal dari tempat registrasi pasien akan dinilai apakah fasilitas pelayanan kesehatan tersebut memiliki kualitas pelayanan yang baik atau sebaliknya. Menurut Depkes (1997) dapat dikatakan bahwa di tempat registrasi pasien adalah pelayanan pertama pasien saat tiba di sarana pelayanan kesehatan. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik apabila dilaksanakan oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, dan penuh rasa tanggung jawab. Tata cara registrasi pasien yang akan berobat di poliklinik maupun yang akan dirawat merupakan sebagian dari sistem prosedur

 Petugas registrasi pasien rawat darurat merupakan sebagian dari sistem prosedur pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan. pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan registrasi pasien pada pelayanan rawat darurat dilakukan ≤ 5 menit (Permenkes, 2008). Petugas registrasi pasien rawat darurat merupakan salah satu cerminan kualitas pelayanan institusi kesehatan (Depkes, 1997). Jadi baik buruknya pelayanan di rumah sakit dapat dinilai dari pelayanan bagian registrasi pasien.

 Berdasarkaan dasar hukum penyelenggaraan Rekam Medis PORMIKI, Pencatatan identitas pasien kedalam form Kartu Identitas Berobat (KIB), Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) dan formulir rekam medis. Pencatatan register pendaftaran yaitu tentang pendaftaran pasien baru dan lama yang berobat di tempat pendaftaran rawat jalan, unit rawat inap, dan rawat darurat. (PORMIKI)

 Informasi yang di rekam dalam regstrasi rawat darurat adalah sebagai berikut:

1. Identitas pasien

 Identitas pasien meliputi identitas pribadi dan identitas sosial pasien. Identitas pribadi yaitu identitas yang melekat pada pribadi pasien (termasuk ciri-cirinya) misalnya Nama, Tanggal Lahir/Umur, Jenis Kelamin, Alamat, Status Perkawinan dan lain-lain termasuk Nomor Rekam Medis yang diberikan kepadanya dan nama orang tua. Sedangkan identitas sosial meliputi identitas yang menjelaskan tentang sosial, ekonomi dan budaya pasien misalnya, agama, pendidikan, pekerjaan, identitas orang tua, identitas penanggung jawab pembayaran dll.

1. Asuransi kesehatan yang dimiliki pasien (jika memiliki).
2. Kondisi pasien saat tiba di sarana pelayanan kesehatan.
3. Tanggal dan waktu saat diberikan pelayanan darurat.
4. Hasil anamnesis dari petugas pemberi pelayanan kesehatan.
5. Hasil pemeriksaan dari petugas pemberi pelayanan kesehatan.
6. Diagnosa yang diberikan oleh dokter.
7. Pengobatan/terapi
8. Tindakan yang diberikan kepada pasien,
9. Cara pasien keluar dari pelayanan darurat dan
10. Cara pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.
11. **Pembuatan Laporan**

 Pelaporan adalah catatan yang memberikan informasi tentang kegiatan tertentu dan hasilnya disampaikan ke pihak yang berwenang atau berkaitan dengan kegiatan tertentu.

 Tujuan dari pelaporan sendiri adalah agar semua hasil kegiatan pada rawat darurat dapat dicatat serta dilaporkan ke jenjang selanjutnya sesuai dengan kebutuhan secara benar, berkala, dan teratur guna meunjang pengelolaaan upaya kesehatan.

 Pembuatan laporan merupakan kegiatan akhir dari seluruh proses pemberian pelayanan kesehatan. Berdasarkan Permenkes 82 tahun 2015 Kegiatan pelaporan harus secara rutin dilaporkan pada tanggal 5 pada bulan berikutnya ke dinas kesehatan kabupaten/kota. (Kesehatan, Permenkes No 92 Tahun 2015, 2015)

 Informasi yang dilaporkan adalah sebagai berikut:

1. Identitas pasien
2. Asuransi kesehatan yang dimiliki pasien.
3. Kondisi pasien saat tiba di sarana pelayanan kesehatan.
4. Tanggal dan waktu saat diberikan pelayanan darurat.
5. Hasil anamnesis dari petugas pemberi pelayanan kesehatan.
6. Hasil pemeriksaan dari petugas pemberi pelayanan kesehatan.
7. Diagnosa yang diberikan oleh dokter.
8. Pengobatan/terapi
9. Tindakan yang diberikan kepada pasien,
10. Cara pasien keluar dari pelayanan darurat dan
11. Cara pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.
12. **Aplikasi Elektronik**

 Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, Aplikasi memiliki bermacam macam arti, salah satunya adalah penggunaan atau penerapan. Sedangkan elektronik berarti  alat yang dibuat berdasarkan prinsip elektronika atau benda yang menggunakan alat-alat yang dibentuk atau bekerja atas dasar elektronika. Dengan definisi tersebut aplikasi elektronik berarti sebuah penerapan yang dibuat berdasarkan prinsip elektronika menggunakan teknologi informasi dan komunikasi. Aplikasi elektronik yang diterapkan pada desktop komputer sama pengertiannya dengan aplikasi *software* atau aplikasi perangkat lunak.

 Adapun aplikasi yang digunakan dalam program ini adalah *Microsoft Acces* tahun 2013. *Microsoft Acces* (atau Microsoft Office Acces) adalah sebuah program aplikasi basis data computer relasional yang ditujukan untuk kalangan rumahan dan perusahaan kecil hingga menengah. Aplikasi ini merupakan anggota dari beberapa aplikasi [*Microsoft Office*](https://id.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Office), selain tentunya [*Microsoft Word*](https://id.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Word)*,*[*Microsoft Excel*](https://id.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Excel), dan [*Microsoft Power Poin*t](https://id.wikipedia.org/wiki/Microsoft_PowerPoint). Aplikasi ini menggunakan mesin basis data [*Microsoft Jet Database Engine*](https://id.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Jet_Database_Engine), dan juga menggunakan tampilan [grafis](https://id.wikipedia.org/wiki/Graphical_user_interface) yang intuitif sehingga memudahkan pengguna.

 *Microsoft Access* dapat menggunakan data yang disimpan di dalam format *Microsoft Access, Microsoft Jet Database Engine,*[*Microsoft SQL Server*](https://id.wikipedia.org/wiki/Microsoft_SQL_Server)*,*[*Oracle Database*](https://id.wikipedia.org/wiki/Oracle_Database)*,* atau semua kontainer basis data yang mendukung standar [ODBC](https://id.wikipedia.org/wiki/Open_Database_Connectivity). Para pengguna [*programmer*](https://id.wikipedia.org/wiki/Programmer) yang mahir dapat menggunakannya untuk mengembangkan perangkat lunak aplikasi yang kompleks, sementara para [programmer](https://id.wikipedia.org/wiki/Programmer) yang kurang mahir dapat menggunakannya untuk mengembangkan perangkat lunak aplikasi yang sederhana. Access juga mendukung teknik-teknik [pemrograman berorientasi objek](https://id.wikipedia.org/wiki/Pemrograman_berorientasi_objek), tetapi tidak dapat digolongkan ke dalam perangkat bantu pemrograman berorientasi objek. (Wikipedia, 2017)

1. **Kerangka Konsep**

INPUT :

1. Pasien Rawat Darurat
2. Data Kunjungan Pasien Rawat Darurat/Inap
3. Buku Laporan
4. Komputer

PROSES :

1. Identifikasi waktu entri data saat registrasi dan pelaporan sebelum menggunakan aplikasi elektronik *Microsoft Acces* berbasis desktop.
2. Wawancara terstruktur untuk mendapatkan data yang dibutuhkan dalam merancang aplikasi
3. Merancang aplikasi elektronik registrasi dan pelaporan Microsotf Access berbasis desktop
4. Memberikan edukasi dan Mengimplementasi aplikasi elektronik registrasi dan pelaporan Microsotf Access berbasis desktop.

OUTPUT:

Aplikasi Elektronik registrasi dan pelaporan *Microsotf Access*berbasis dekstop

Kegiatan registrasi dan pelaporan penyakit lebih cepat

Kegiatan registrasi dan pelaporan tidak ada perbedaan waktu

Kegiatan registrasi dan pelaporan lebih lambat

OUTCOME:

mutu registrasi dan pelaporan di Puskesmas Kedungkandang menjadi baik

**Keterangan :**

**= Variabel yang diteliti**

**= Variabel yang tidak diteliti**

Gambar 2. 1 Kerangka Konsep Penelitian

1. **Hipotesis**

 Hipotesis dari penelitian ini adalah:

H0 = Tidak ada perbedaan waktu pada kegiatan registrasi dan pelaporan sebelum dan sesudah menggunakan aplikasi elektronik registrasi dan pelaporan pasien rawat darurat menggunakan *Microsoft Access* berbasis dekstop pada Puskesmas Kedungkandang

H1 = Ada perbedaan waktu padakegiatan registrasi dan pelaporan sebelum dan sesudah menggunakan aplikasi elektronik registrasi dan pelaporan pasien rawat darurat menggunakan *Microsoft Access* berbasis dekstop pada Puskesmas Kedungkandang