

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

a. Pengertian

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. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Puskesmas memiliki fungsi untuk menyelenggarakan UKM dan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas mempunyai tugas diantaranya memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, yaitu asuhan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif pada wilayah kerjanya. (Budi, Savitri. 2011:1).

b. Wewenang

1) Wewenang puskesmas dalam melaksanakan fungsi UKM:

- a) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- c) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;

- d) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
 - e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
 - f) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
 - g) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
 - h) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan
 - i) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.
- 2) Wewenang puskesmas dalam melaksanakan fungsi UKM:
- a) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
 - b) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
 - c) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
 - d) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
 - e) Melaksanakan rekam medis;
 - f) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
 - g) Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
 - h) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
 - i) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

c. Upaya Kesehatan

Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama yang dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi:

- 1) Pelayanan promosi kesehatan;
- 2) Pelayanan kesehatan lingkungan;
- 3) Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana;
- 4) Pelayanan gizi; dan
- 5) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas.

d. Struktur Organisasi Puskesmas

Menurut Syafrudin (2009) dalam Lubis (2017), Struktur organisasi puskesmas bergantung pada kegiatan dan beban tugas setiap puskesmas. Penyusunan struktur organisasi puskesmas disatu Kabupaten/Kota dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sedangkan penempatannya dilakukan dengan peraturan daerah. Pola struktur organisasi puskesmas adalah :

- 1) Kepala Puskesmas;
- 2) Unit Tata Usaha (bertanggung jawab membantu Kepala Puskesmas dalam pengelolaan):
 - a) Data dan informasi;
 - b) Perencanaan dan penilaian;
 - c) Keuangan;

- d) Umum dan Kepegawaian
- 3) Unit Pelaksana Teknis Fungsional Puskesmas
 - a) Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM);
 - b) Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).
- 4) Jaringan Pelayanan Puskesmas;
 - a) Unit Puskesmas Pembantu;
 - b) Unit Puskesmas Keliling;
 - c) Unit Bidan di Desa/Komunitas.

Dalam Peraturan Pemerintah Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Pasal 34 ayat (1), organisasi puskesmas disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan kategori, upaya kesehatan dan beban kerja puskesmas. Organisasi puskesmas paling sedikit terdiri atas:

- 1) Kepala Puskesmas;
- 2) Kepala Sub bagian Tata Usaha;
- 3) Penanggungjawab UKM dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat;
- 4) Penanggungjawab UKP, Kefarmasian dan Laboratorium, dan;
- 5) Penanggungjawab Jaringan Pelayanan Puskesmas dan Jejaring Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

2. Unit Rekam Medis

Ruang lingkup rekam medis antara lain: (Budi, 2011:28)

1) Penerimaan Pasien

Tempat penerimaan pasien merupakan gerbang pelayanan pertama di suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Sistem penerimaan pasien terdiri dari beberapa subsistem, yaitu subsistem TPPERJ, subsistem TPPERD, dan subsistem TPPERI. (Budi, 2011:32,36-37)

2) Distribusi

Ada berbagai cara dalam mendistribusikan rekam medis. Distribusi rekam medis dapat dilakukan dengan tangan (secara manual) dari satu tempat ke tempat lainnya, oleh karena itu bagian rekam medis harus membuat satu jadwal pengiriman dan pengambilan untuk berbagai macam

bagian poliklinik. Frekuensi pengiriman dan pengambilan ini ditentukan jumlah pemakaian rekam medis. Penggunaan teknologi di bidang komputer diharapkan lebih mempercepat penyaluran data-data penderita dari satu tempat ke tempat yang lainnya. (Depkes RI. 2006)

3) *Assembling*

Assembling berarti merakit, tetapi untuk kegiatan *assembling* berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tidaklah hanya sekedar merakit atau mengurutkan satu halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Kegiatan *assembling* termasuk juga mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis. (Budi. 2011:73)

4) Pengkodean (*Coding*)

Kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam *coding* meliputi kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode. Sejak Tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD-10, *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem*). (Depkes RI. 2006:59)

5) Pengindeksan (*Indexing*)

Indeks adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Didalam kartu indeks tidak boleh menyertakan nama pasien. Jenis indeks yang biasa dibuat antara lain : a) Indeks pasien, b) Indeks penyakit (diagnosis) dan Operasi, c) Indeks obat-obatan, d) Indeks dokter, e) Indeks kematian, dll. (Depkes RI. 2006:61)

6) Penyimpanan (*Filing*)

Penyimpanan / penjajaran atau *filing* adalah sistem penataan rekam medis dalm suatu tempat yang khusus agar penyimpanan dan

pengambilan (*retrieval*) menjadi lebih mudah dan cepat. Sistem penyimpanan rekam medis dibedakan menjadi 2 yaitu sentralisasi dan desentralisasi (Hidayah. 2015)

7) Pelaporan

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

Pelaporan memiliki tujuan agar semua hasil kegiatan puskesmas (didalam maupun diluar gedung) dapat dicatat serta dilaporkan ke jenjang selanjutnya sesuai dengan kebutuhan secara benar, berkala, dan teratur guna menunjang pengelolaan upaya kesehatan masyarakat.

3. Sistem Informasi Kesehatan

a. Pengertian

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) adalah gabungan perangkat dan prosedur yang digunakan untuk mengelola siklus informasi (mulai dari pengumpulan data sampai pemberian umpan balik informasi) untuk mendukung pelaksanaan tindakan tepat dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kinerja sistem kesehatan. Sistem informasi kesehatan adalah integrasi antara perangkat, prosedur dan kebijakan yang digunakan untuk mengelola siklus informasi secara sistematis untuk mendukung pelaksanaan manajemen kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam kerangka pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Sedangkan di dalam tatanan Sistem Kesehatan Nasional, SIK merupakan bagian dari sub sistem ke 6 yaitu pada sub sistem manajemen, informasi dan regulasi kesehatan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sistem informasi kesehatan merupakan sebuah sarana sebagai penunjang pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Sistem informasi kesehatan yang efektif memberikan dukungan informasi bagi proses pengambilan keputusan di semua jenjang, bahkan di Puskesmas atau Rumah Sakit kecil sekalipun. Bukan hanya data,

namun juga informasi yang lengkap, tepat, akurat, dan cepat yang dapat disajikan dengan adanya sistem informasi kesehatan yang tertata dan terlaksana dengan baik.

b. Tujuan

Sistem informasi kesehatan (SIK) merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang berperan dalam memberikan informasi untuk pengambilan keputusan di setiap jenjang administratif kesehatan baik di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota atau bahkan pada tingkat pelaksana teknis seperti Rumah Sakit ataupun Puskesmas. Dalam bidang kesehatan telah banyak dikembangkan bentuk-bentuk Sistem Informasi Kesehatan (SIK), dengan tujuan dikembangkannya berbagai bentuk SIK tersebut adalah agar dapat mentransformasi data yang tersedia melalui sistem pencatatan rutin maupun non rutin menjadi sebuah informasi.

c. Manfaat

World Health Organization (WHO) menilai bahwa investasi sistem informasi kesehatan mempunyai beberapa manfaat antara lain: 1) Membantu pengambil keputusan untuk mendeteksi dan mengendalikan masalah kesehatan, 2) Memantau perkembangan dan meningkatkannya, 3) Pemberdayaan individu dan komunitas dengan cepat dan mudah dipahami, dan 4) Melakukan berbagai perbaikan kualitas pelayanan kesehatan. Adapun manfaat adanya sistem informasi kesehatan dalam suatu fasilitas kesehatan diantaranya: 1) Memudahkan setiap pasien untuk melakukan pengobatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan, 2) Memudahkan fasilitas kesehatan untuk mendaftarkan setiap pasien yang berobat, dan 3) Semua kegiatan di fasilitas kesehatan terkontrol dengan baik (bekerja secara terstruktur).

4. SP2TP (Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas)

a. Pengertian

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga, dan upaya pelayanan kesehatan di puskesmas yang ditetapkan melalui SK MENKES/SK/II/1981. Data SP2TP berupa umum dan demografi, ketenagaan, sarana, kegiatan pokok puskesmas. Menurut Yusran (2008) Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas merupakan kegiatan pencatatan dan pencatatan puskesmas secara menyeluruh (terpadu) dengan konsep wilayah kerja puskesmas. Sistem pelaporan ini diharapkan mampu memberikan informasi baik bagi puskesmas maupun untuk jenjang administrasi yang lebih tinggi, guna mendukung manajemen kesehatan (Tiara,2011).

b. Tujuan

Tujuan sistem informasi manajemen di puskesmas adalah untuk meningkatkan kualitas manajemen puskesmas secara lebih berhasil guna dan berdaya guna, melalui pemanfaatan secara optimal data SP2TP dan informasi lain yang menunjang. Tujuan dimaksud dapat terwujud apabila:

(Ahmad, 2005).

1. Data SP2TP dan data lainnya diolah disajikan dan diinterpretasikan sesuai dengan petunjuk pengolahan dan pemanfaatan data SP2TP.
2. Pengolahan, analisis, interpretasi dan penyajian dilakukan oleh para penanggung jawab masing-masing kegiatan di puskesmas dan mengelola program di semua jenjang administrasi.
3. Informasi yang diperoleh dari pengolahan dan interpretasi data SP2TP dan sumber lainnya dapat bersifat kuantitatif (seperti meningkat, menurun, dan tidak ada perubahan) dan bersifat kuantitatif dalam bentuk angka seperti jumlah, presentase dan sebagainya.

Tujuan umum dari sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP) ini ialah data dan informasi yang akurat dan tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur pengolahan program kesehatan masyarakat melalui puskesmas di berbagai tingkat administrasi.

Adapun tujuan khususnya ialah :

1. Tersedianya data secara akurat yang meliputi segala aspek.
2. Terlaksananya pelaporan yang secara teratur di berbagai jenjang administrasi sesuai dengan prosedur yang berlaku.
3. Digunakan data tersebut sebagai alat pengambilan keputusan dalam rangka pengelolaan rencana dalam bidang program kesehatan.

c. Pengorganisasian

Untuk kelancaran kegiatan SP2TP di Puskesmas, maka dibentuk pengorganisasian yang terdiri dari: (Ahmad, 2005).

1) Penanggung Jawab (Kepala Puskesmas)

Tugas penanggung jawab adalah memberikan bimbingan kepada koordinator SP2TP dan para pelaksana kegiatan di Puskesmas.

2) Koordinator (Petugas yang ditunjuk Kepala Puskesmas)

Koordinator SP2TP bertugas:

- a) Mengumpulkan laporan dari masing-masing pelaksana kegiatan.
- b) Bersama dengan para pelaksana kegiatan membuat laporan bulanan SP2TP dan mengirimkan laporan tersebut ke Dinas Kesehatan Dati II paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
- c) Bersama dengan para pelaksana kegiatan membuat laporan tahunan SP2TP dan mengirimkan laporan tersebut ke Dinas Dati II paling lambat 31 Januari tahun berikutnya.
- d) Menyimpan arsip laporan SP2TP dari masing-masing pelaksana kegiatan.
- e) Bertanggung jawab atas kelancaran pelaksanaan SP2TP kepada Kepala Puskesmas.

- f) Mempersiapkan pertemuan berkala setiap 3 bulan yang dipimpin oleh Kepala Puskesmas dengan pelaksanaan kegiatan untuk menilai pelaksanaan kegiatan SP2TP.

3) Anggota (Pelaksana Kegiatan di Puskesmas)

Pelaksana kegiatan SP2TP bertugas:

- a) Mencatat setiap kegiatan pada kartu individu dan register yang ada.
- b) Mengadakan bimbingan terhadap Puskesmas Pembantu dan Bidan di Desa.
- c) Melakukan rekapitulasi data dari hasil pencatatan dan laporan Puskesmas Pembantu serta Bidan di Desa menjadi laporan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya. Hasil dari rekapitulasi ini merupakan bahan untuk mengisi/membuat laporan SP2TP.
- d) Setiap tanggal 5 mengisi/membuat laporan SP2TP dari hasil kegiatan masing-masing dalam 2 rangkap dan disampaikan kepada koordinator SP2TP Puskesmas. Dengan rincian satu rangkap untuk arsip koordinator SP2TP Puskesmas dan satu rangkap oleh Koordinator SP2TP Puskesmas disampaikan ke Dinas Kesehatan Dati II.
- e) Mengolah dan memanfaatkan data hasil rekapitulasi untuk tindak lanjut yang diperlukan dalam rangka meningkatkan kinerja kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya.
- f) Bertanggung jawab atas kebenaran isi laporan kegiatannya.

d. Proses

Proses dalam SP2TP meliputi empat kegiatan utama, yaitu :

1) Pencatatan

Pencatatan diperoleh dari masing-masing program yaitu laporan bulanan data kesakitan (LB1), laporan bulanan pemakaian dan lembar permintaan obat (LB2), laporan gizi, KIA, imunisasi dan pemberantasan penyakit menular (LB3), serta laporan bulanan kegiatan puskesmas (LB4). Data perlu dicatat, dianalisis dan dibuat laporan.

2) Pelaporan

Pelaporan bersifat terinci, objektif, jelas dan lengkap. Kegiatan ini memerlukan data informasi yang tepat dan akurat, sehingga pelaporan ini tidak diragukan kebenarannya.

3) Pelaksanaan

SP2TP bertujuan untuk menyediakan data yang akurat, tepat waktu, dan mutakhir secara teratur. Pelaksanaan ini dilakukan pada semua jenjang administrasi sesuai dengan aturan yang berlaku sebagai bahan pengambilan keputusan.

4) Pengawasan

Pengawasan dilakukan untuk mengecek kelengkapan data SP2TP serta untuk menganalisa data SP2TP yang dilaporkan. Pengawasan dilakukan ditingkat puskesmas dan di dinas kesehatan. Pengawasan ditingkat puskesmas dilakukan oleh Kepala Puskesmas di setiap masing-masing puskesmas pada setiap laporan SP2TP sebelum dikirim ke Dinas Kesehatan. Sedangkan pengawasan yang dilakukan pada SP2TP di tingkat dinas kesehatan dilakukan setiap laporan yang masuk ke dinas kesehatan yaitu analisis oleh petugas SP2TP dan kepala dinas kesehatan.

5. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

a. Kesehatan Ibu

1) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil

Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil dilakukan untuk mempersiapkan perempuan dalam menjalani kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat serta memperoleh bayi yang sehat. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil dilakukan pada remaja, calon pengantin, dan atau pasangan usia subur. Kegiatan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil meliputi: pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian imunisasi, suplementasi gizi, konsultasi kesehatan, dan pelayanan kesehatan lainnya. Pemeriksaan fisik paling sedikit meliputi: pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan status gizi dengan tujuan untuk menanggulangi masalah Kurang Energi Kronis (KEK) dan pemeriksaan status anemia.

2) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil wajib dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu. Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui: a) pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas, b) deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan, c) penyiapan persalinan yang bersih dan aman, d) perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi, e) penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan, f) melibatkan ibu hamil, suami, dan

keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil harus dilakukan sesuai standar dan dicatat dalam buku KIA.

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan sekurang-kurangnya 4 (empat) kali selama masa kehamilan yang dilakukan:

- a) 1 (Satu) kali pada trimester pertama;
- b) 1 (Satu) kali pada trimester kedua; dan
- c) 2 (Dua) kali pada trimester ketiga.

3) Persalinan

Persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Persalinan diberikan kepada ibu bersalin dalam bentuk 5 (lima) aspek dasar meliputi:

- a) membuat keputusan klinik;
- b) asuhan sayang ibu dan sayang bayi;
- c) pencegahan infeksi;
- d) pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan; dan
- e) rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Persalinan dilakukan sesuai dengan standar Asuhan Persalinan Normal (APN).

4) Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan

Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan meliputi:

- a) pelayanan kesehatan bagi ibu; dan
- b) pelayanan kesehatan bayi baru lahir.

Pelayanan kesehatan bagi ibu paling sedikit 3 (tiga) kali selama masa nifas dengan ketentuan waktu pemeriksaan meliputi:

- a) 1 (Satu) kali pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 3 (tiga) hari pascapersalinan;
- b) 1 (Satu) kali pada periode 4 (empat) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pascapersalinan; dan

- c) 1 (Satu) kali pada periode 29 (dua puluh sembilan) hari sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pascapersalinan.

Kegiatan Pelayanan kesehatan ibu meliputi:

- a) pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu;
- b) pemeriksaan tinggi fundus uteri;
- c) pemeriksaan lochia dan perdarahan;
- d) pemeriksaan jalan lahir;
- e) pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif;
- f) pemberian kapsul vitamin A;
- g) pelayanan kontrasepsi pascapersalinan;
- h) konseling; dan
- i) penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas.

b. Kesehatan Anak

1) Pengertian

Upaya Kesehatan Anak dengan pendekatan pemeliharaan peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan penyakit (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi, sehingga perlu dilakukan upaya kesehatan anak secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Upaya kesehatan anak merupakan tanggung jawab Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota dan melibatkan peran serta masyarakat. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Anak harus dilaksanakan, dicatat, dan dilaporkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Upaya Kesehatan Anak dilakukan sejak janin dalam kandungan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun.

Upaya Kesehatan Anak dilakukan melalui pelayanan:

- 1) kesehatan janin dalam kandungan
- 2) kesehatan Bayi Baru Lahir;
- 3) kesehatan Bayi, Anak Balita, dan Prasekolah;
- 4) kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja; dan
- 5) perlindungan kesehatan anak.

2) Tujuan

Pengaturan Upaya Kesehatan Anak bertujuan untuk:

- a) menjamin kelangsungan hidup anak yang diutamakan pada upaya menurunkan angka kematian Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita;
- b) menjamin tumbuh kembang anak secara optimal sesuai dengan potensi yang dimiliki;
- c) melibatkan partisipasi Anak Usia Sekolah dan Remaja di bidang kesehatan;
- d) menjamin terpenuhinya hak kesehatan anak dengan memperhatikan siklus hidup;
- e) menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi Anak dan Remaja;
- f) mempersiapkan menjadi orang dewasa yang sehat dan produktif, baik sosial maupun ekonomi;
- g) menjamin agar Anak Usia Sekolah dan Remaja mendapatkan pendidikan kesehatan melalui sekolah maupun luar sekolah;
- h) memberikan perlindungan kepada Anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan bermanfaat ; dan
- i) memberikan kepastian hukum bagi Anak, orang tua/Keluarga, tenaga kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan

3) Jenis Pelayanan

a) Pelayanan Kesehatan Janin dalam Kandungan

Pelayanan kesehatan janin dalam kandungan dilaksanakan melalui :

- (1) pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai asupan gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat, dan penyalahgunaan zat adiktif selama kehamilan;
- (2) pemeriksaan antenatal pada ibu hamil; dan
- (3) stimulasi fungsi kognitif pada janin.

Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi sebagaimana dapat dilakukan melalui penyuluhan, konseling, dan kelas ibu. Pelayanan antenatal dilakukan terhadap ibu hamil secara berkala sesuai standar, paling sedikit 4 (empat) kali selama masa kehamilan. Stimulasi fungsi kognitif pada janin dilakukan kepada ibu hamil sejak kehamilan berusia 5 (lima) bulan hingga lahir. Pelayanan kesehatan janin dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b) Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

Pelayanan kesehatan Bayi Baru Lahir dilaksanakan melalui:

- (1) pelayanan kesehatan neonatal esensial;
- (2) skrining Bayi Baru Lahir; dan
- (3) pemberian komunikasi, informasi, edukasi kepada ibu dan keluarganya.

Pemberian pelayanan kesehatan harus mempertimbangkan keamanan, dilakukan pada saat: a. Bayi lahir sampai dengan proses pemulangan; dan b. kunjungan ulang.

Pelayanan kesehatan neonatal esensial wajib diberikan kepada Bayi Baru Lahir dan dilakukan:

- (1) pada saat lahir 0 (nol) sampai 6 (enam) jam; dan
- (2) setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari.

Skrining Bayi Baru Lahir dilakukan terhadap setiap bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan dan paling sedikit meliputi skrining hipotiroid kongenital. Skrining hipotiroid kongenital dilakukan melalui pengambilan sampel darah yang harus dilakukan pada bayi usia 48 (empat puluh delapan) sampai 72 (tujuh puluh dua) jam. Dalam hal skrining hipotiroid kongenital sebagaimana menunjukkan hasil positif, pengobatan harus dilakukan terhadap sebelum Bayi berusia 1 (satu) bulan.

Komunikasi informasi dan edukasi mengenai Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir meliputi :

- (a) perawatan Bayi Baru Lahir;
 - (b) ASI Eksklusif ;
 - (c) tanda bahaya pada Bayi Baru Lahir;
 - (d) pelayanan kesehatan pada Bayi Baru Lahir; dan
 - (e) skrining Bayi Baru Lahir
- c) Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah

Pelayanan kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah ditujukan untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup Bayi, Anak Balita dan Prasekolah. Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah harus dilakukan melalui :

- (1) pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan;
- (2) pemberian ASI hingga 2 (dua) tahun;
- (3) pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI) mulai usia 6 (enam) bulan;
- (4) pemberian imunisasi dasar lengkap bagi Bayi;
- (5) pemberian imunisasi lanjutan DPT/HB/Hib pada anak usia 18 bulan dan imunisasi campak pada anak usia 24 bulan;
- (6) pemberian Vitamin A;
- (7) upaya pola mengasuh Anak;
- (8) pemantauan pertumbuhan;
- (9) pemantauan perkembangan;

- (10) pemantauan gangguan tumbuh kembang;
- (11) MTBS; dan
- (12) merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu

Pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang diarahkan untuk meningkatkan kesehatan fisik, kognitif, mental, dan psikososial anak dan harus diselenggarakan secara komprehensif dan berkualitas melalui kegiatan:

- (1) stimulasi yang memadai;
- (2) deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang; dan
- (3) intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang.

d) Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Setiap Anak Usia Sekolah dan Remaja harus diberikan pelayanan kesehatan dengan tujuan agar setiap Anak memiliki kemampuan berperilaku hidup bersih dan sehat, memiliki keterampilan hidup sehat, dan keterampilan sosial yang baik sehingga dapat belajar, tumbuh dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi sumber daya manusia yang berkualitas. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan dilakukan paling sedikit melalui: (1) usaha kesehatan sekolah; dan (2) pelayanan kesehatan peduli Remaja. Pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan melibatkan guru pembina usaha kesehatan sekolah, guru bimbingan dan konseling, Kader kesehatan sekolah dan konselor sebaya.

Komunikasi, informasi, dan edukasi diberikan oleh tenaga kesehatan, guru usaha kesehatan sekolah, guru bimbingan dan konseling, dan konselor sebaya kepada semua Anak Usia Sekolah dan Remaja. Komunikasi, informasi, dan edukasi antara lain

diberikan melalui ceramah tanya jawab, kelompok diskusi terarah, dan diskusi interaktif dengan menggunakan sarana dan media komunikasi, informasi, dan edukasi.

e) Perlindungan Kesehatan Anak

Perlindungan Kesehatan Anak bertujuan untuk:

- (1) menjamin terpenuhinya hak-hak Anak agar dapat hidup, tumbuh, dan berkembang sesuai dengan harkat martabat kemanusiaan; dan
- (2) memberikan perlindungan kepada Anak dari kekerasan dan diskriminasi, demi terwujudnya Anak Indonesia yang berkualitas, berakhlak mulia dan sejahtera.

Perlindungan Kesehatan Anak dilakukan melalui :

- (1) pelayanan kesehatan bagi korban KtA termasuk kasus tindak pidana perdagangan orang/*trafficking*;
- (2) pelayanan kesehatan bagi Anak berhadapan dengan hukum di lapas/rutan;
- (3) pelayanan kesehatan bagi Anak dengan Disabilitas;
- (4) pelayanan kesehatan bagi Anak terlantar di panti/lembaga kesejahteraan sosial anak;
- (5) pelayanan kesehatan bagi Anak jalanan/pekerja Anak; dan
- (6) pelayanan kesehatan bagi Anak didaerah terpencil dan tertinggal, perbatasan dan terisolasi.

c. Laporan Data KIA

Menurut Mandriwati (2012) dalam Samsini (2016) Program kesehatan ibu anak adalah upaya dibidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi dan balita. Yang salah satunya adalah layanan kesehatan Ibu dan Bayi mencakup kunjungan ibu hamil K4 yaitu ibu hamil yang kontak langsung dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan layanan ANC sesuai

dengan standar dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali selama hamil (Mandriwati, 2012).

Laporan data KIA yang dilaporkan:

- 1) Laporan K1
- 2) Laporan K4
- 3) Laporan persalinan
- 4) Laporan ibu hamil penderita anemia
- 5) Laporan kematian ibu
- 6) Laporan Jumlah Bumil risiko tinggi yang ditangani
- 7) Jumlah persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan, termasuk didampingi tenaga kesehatan
- 8) Jumlah Bumil terdeteksi resiko tinggi/komplikasi oleh tenaga kesehatan
- 9) 10 Jumlah Bumil terdeteksi resiko tinggi/komplikasi oleh masyarakat
- 10) Jumlah Bumil risiko tinggi/komplikasi yang Dirujuk ke RS
- 11) Jumlah Bumil risiko tinggi/komplikasi yang dirujuk dan ditangani
- 12) Jumlah persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan, termasuk didampingi tenaga kesehatan
- 13) Jumlah persalinan yang dirujuk oleh dukun ke Nakes
- 14) Jumlah persalinan yang ditangani oleh Dukun
- 15) Jumlah bayi lahir hidup
- 16) Jumlah bayi lahir hidup dengan BBLR (Berat Badan Bayi Lahir Rendah)<2500
- 17) Jumlah bayi lahir hidup dengan BBLR yang ditangani
- 18) Jumlah bayi lahir mati
- 19) Jumlah bayi mati (0 - 1 Thn tdk termasuk lahir mati)
- 20) Jumlah Kunjungan Neonatus (KN 1)
- 21) Jumlah Kunjungan Neonatus (KN 2) --> (KN3 Lengkap)
- 22) Jumlah Ibu Hamil yang dirujuk ke RS
- 23) Jumlah ibu bersalin yang dirujuk ke RS

- 24) Jumlah ibu nifas yang dirujuk ke RS
- 25) Jumlah Neonatus Baru
- 26) Jumlah Neonatus baru Resiko Tinggi/Komplikasi
- 27) Jumlah Neonatus baru Resiko Tinggi/Komplikasi Dirujuk
- 28) Jumlah Neonatus baru Resiko Tinggi/Komplikasi Dirujuk dan ditangani
- 29) Jumlah balita yang meninggal (0 - 5 Thn)
- 30) Jumlah balita dideteksi/stimulasi tumbuh kembang (kontak pertama)
- 31) Jumlah anak pra sekolah dideteksi/stimulasi tumbuh kembang (kontak pertama)
- 32) Jumlah Neonatus Resti dirujuk ke RS
- 33) Jumlah Neonatus Resti dirujuk ke RS yang meninggal karena : a. Asfiksia, b. Trauma Lahir, c. Tetanus Neonatorum
- 34) Jumlah Kematian Neonatus dilaporkan (bayi usia dibawah 1 minggu)
- 35) Jumlah Kematian Neonatus dilaporkan (bayi usia 1 minggu s/d dibawah 28 hari)
- 36) Penyebab Kasus Kematian Neonatus
- 37) Jumlah kematian maternal dilaporkan
- 38) Jumlah Diteksi Tumbuh Kembang

5. Aplikasi Elektronik

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, Aplikasi memiliki bermacam-macam arti, salah satunya adalah penggunaan atau penerapan. Menurut Noviansyah, aplikasi adalah penggunaan atau penerapan suatu konsep yang menjadi suatu pokok pembahasan. Aplikasi dapat diartikan juga sebagai program komputer yang dibuat untuk menolong manusia dalam melaksanakan tugas tertentu. 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.

Menurut Prasetyo (2008), Basis pengembangan aplikasi (*software*) dapat dibedakan menjadi 2 macam yaitu aplikasi berbasis desktop dan aplikasi berbasis web.

a. Aplikasi Berbasis *Desktop*

1) Definisi

Aplikasi *desktop* merupakan aplikasi yang dioperasikan dengan cara menginstalnya terlebih dulu di sistem operasi. Sesuai namanya, aplikasi ini mengacu pada program yang diinstal pada perangkat *desktop* (PC dan laptop) mampu beroperasi secara *offline*, tetapi kita harus menginstalnya sendiri pada laptop atau komputer.

Aplikasi ini dikembangkan untuk dijalankan di masing klien atau komputer pengakses aplikasi pengolahan *database*. *Database* diletakkan di *server* sedangkan aplikasinya diinstal di masing-masing klien. Bahasa pemrograman yang digunakan untuk aplikasi tipe ini biasanya adalah *Borland Delphi*, *Visual Basic*, *Java NetBean*, dsb. Pada aplikasi berbasis *desktop*, aplikasi dibangun dengan menggunakan *tool* tertentu, kemudian dikompilasi. Hasilnya dapat langsung digunakan dalam komputer. (Prasetyo. 2008:1)

Visual Basic adalah bahasa pemrograman BASIC (Beginner's All purpose Symbolic Instruction Code). Bahasa pemrograman Visual Basic dirancang oleh Microsoft Corp sebagai bahasa pemrograman yang sangat berdaya guna, aman (secure), serta udah digunakan. Visual Basic dapat digunakan untuk mengembangkan aplikasi sarana bergerak (*mobile application*), aplikasi berbasis web (*web-based application*), serta aplikasi berskala besar (*Enterprise*). (Nugroho. 2010:56).

2) Kelebihan

- a) Peningkatan kecepatan dan kinerja aplikasi dengan mengoptimasi penggunaan memori, manajemen proses, dan pengaturan *Input-Output*.
- b) Tingkat keamanan data yang tersimpan tinggi. Data yang tersimpan hanya bisa diakses oleh seorang admin menggunakan username dan password.
- c) Tampilan *userface* aplikasi menjadi lebih lebar dan menguntungkan pengguna.

3) Kekurangan

- a) Untuk aplikasi tertentu membutuhkan spesifikasi komputer yang bagus dan memori yang besar agar aplikasi berjalan dengan optimal.
- b) Aplikasi tidak dapat langsung dijalankan di komputer lain karena harus dilakukan penginstalan terlebih dahulu pada komputer lain.

b. Aplikasi Berbasis Web

1) Definisi

Aplikasi berbasis web yaitu aplikasi yang menggunakan standar *Hypertext Transfer Protocol* (protokol HTTP) dan membutuhkan browser untuk menggunakannya serta diakses melalui internet atau intranet. Aplikasi berbasis web merupakan salah satu dari sejumlah kategori perangkat lunak yang sifatnya khas.

Aplikasi berbasis web tidak perlu diinstal di masing-masing klien pengakses aplikasi karena aplikasi cukup dikonfigurasi di server. Kemudian klien mengakses dari browser seperti Internet Explorer, Opera, Firefox. Executor aplikasi dilakukan oleh web server seperti Apache, IIS, Xitami, dll. (Prasetyo. 2008:1). Dalam pembuatan aplikasi *website* ini menggunakan Bahasa pemrograman PHP, database server MySQL, serta menggunakan Dreamweaver sebagai aplikasi pembuatannya.

Browser merupakan suatu perangkat lunak yang berada dikomputer client yang mempunyai tugas untuk menterjemahkan informasi yang diterima dari server web dan menampilkannya pada layer komputer penerima. Sedangkan server web/web server adalah perangkat lunak yang khusus untuk bertugas melayani permintaan-permintaan dari browser akan dokumen-dokumen yang tersimpan di dalamnya. (Prasetyo. 2008:3)

Apache merupakan server web yang paling populer dan memiliki ranking pertama dalam prosentase penggunaannya. Apache bisa digunakan di berbagai platform OS. Contohnya Linux, Windows, dll.

PHP atau *Personal Home Page Tools* (atau resminya *PHP:Hypertext Preprocessor*) adalah skrip bersifat *server-side* yang ditambahkan kedalam HTML. Skrip ini akan membuat suatu aplikasi dapat diintegrasikan ke dalam HTML sehingga suatu halaman web tidak lagi bersifat statis, namun menjadi bersifat dinamis. Sifat *server-side* berarti pengerjaan skrip dilakukan di server, baru kemudian hasilnya dikirim ke browser. (Prasetyo. 2008:19)

2) Kelebihan

- a) Aplikasi dapat digunakan di platform apa saja Contohnya Windows, Linx, Apple, Android.
- b) Pengaturan server lebih mudah
- c) Mudah dikembangkan
- d) Mudah diupdate
- e) Akses informasi lebih mudah.

3) Kekurangan (Rosandhy. 2016)

- a) Cenderung lebih lambat

Aplikasi berbasis web memerlukan sebuah koneksi ke server secara berkala, sehingga butuh waktu untuk loading darisatu halaman ke halaman yang lainnya.

b) Sangat bergantung pada jaringan

Aplikasi berbasis web umumnya meletakkan aplikasinya di sebuah server yang dapat diakses melalui jaringan tertentu.

Perbedaan aplikasi berbasis web dan aplikasi berbasis desktop adalah bahwa untuk aplikasi berbasis desktop peningkatan kecepatan dan kinerja aplikasi dengan mengoptimasi penggunaan memori, manajemen proses, dan pengaturan *Input-Output*. Pada aplikasi berbasis web, faktor yang menentukan kinerja aplikasi adalah kecepatan akses database dan kecepatan akses jaringan dan internet. (Prasetyo. 2008:2).

6. Uji *Blackbox*

Menurut Rosa dan Shalahuddin (2015), *Blackbox Testing* atau uji *blackbox* yaitu menguji perangkat lunak dari segi spesifikasi fungsional tanpa menguji *design* dan kode program. Pengujian dimaksudkan untuk mengetahui apakah fungsi-fungsi, masukan, dan keluaran dari perangkat lunak sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan. Pengujian *blackbox* dilakukan dengan membuat kasus uji yang bersifat mencoba semua fungsi dengan memakai perangkat lunak apakah sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan. Metode uji coba *blackbox* memfokuskan pada keperluan fungsional dari *software*. Oleh karena itu *blackbox* memungkinkan pengembang *software* untuk membuat himpunan kondisi input yang akan melatih seluruh syarat-syarat fungsional suatu program. Uji coba *blackbox* bukan merupakan alternative dari uji coba *whitebox*, tetapi merupakan pendekatan yang melengkapi untuk menemukan kesalahan lainnya, selain menggunakan *whitebox*.

Kasus uji yang dibuat untuk melakukan pengujian *blackbox* harus dibuat dengan kasus benar dan kasus salah, misalkan untuk kasus proses login maka kasus uji yang dibuat adalah:

- 1). Jika *user* memasukkan nama pemakai (*username*) dan kata sandi (*password*) yang benar
- 2). Jika *user* memasukkan nama pemakai (*username*) dan kata sandi (*password*) yang salah, misalnya nama pemakai benar tapi kata sandi salah, atau sebaliknya, atau keduanya salah.

Uji *blackbox* berusaha untuk menemukan kesalahan dalam beberapa kategori, diantaranya adalah:

- a. Fungsi-fungsi yang salah atau hilang
- b. Kesalahan *interface*
- c. Kesalahan dalam struktur data atau akses *database* eksternal
- d. Kesalahan performa
- e. Kesalahan inisialisasi dan terminasi

Uji *blackbox* diaplikasikan di beberapa tahapan berikutnya, karena uji *blackbox* dengan sengaja mengabaikan struktur *control* sehingga perhatiannya difokuskan pada informasi *domain*. Uji coba *didesign* untuk dapat menjawab pernyataan-pernyataan berikut:

- a. Bagaimana validitas fungsionalnya diuji?
- b. Jenis input seperti apa yang akan menghasilkan kasus uji yang baik?
- c. Apakah sistem secara khusus sensitif terhadap nilai input tertentu?
- d. Bagaimana batasan-batasan kelas data diisolasi?
- e. Berapa rasio data dan jumlah data yang dapat ditoleransi oleh sistem?

7. Uji TAM (Technology Acceptance Model)

Model penerimaan teknologi (Technology Acceptance Model atau TAM) merupakan suatu model penerimaan sistem teknologi informasi yang akan digunakan oleh pemakai. Dua konstruk utama TAM adalah persepsi kemudahan penggunaan (*perceived ease of use*) dan persepsi kegunaan (*perceived usefulness*). (Davis et al, 1989: 320 dalam Fatmawati Endang, 2015).

a. *Perceived ease of use* (persepsi kemudahan penggunaan)

Perceived ease of use (persepsi kemudahan penggunaan) didefinisikan sebagai sejauh mana seseorang percaya bahwa menggunakan suatu teknologi akan bebas dari usaha. Dapat disimpulkan bahwa jika seseorang merasa percaya bahwa sistem informasi mudah digunakan maka dia akan menggunakannya. Hal ini bisa diketahui dari berbagai indikator antara lain mudah untuk dipelajari, mudah mencapai tujuan, jelas operasionalnya, mudah dipahami, sistem informasi yang fleksibel, bebas dari kesulitan, mudah diakses, mudah mengontrol, kejelasan pada sistem informasi, mahir bagi pengguna, adanya penilaian bahwa secara umum sistem informasi tersebut mudah digunakan. (Fatmawati Endang, 2015)

b. *Perceived usefulness* (persepsi kegunaan)

Perceived usefulness (persepsi kegunaan) didefinisikan sebagai sejauh mana seseorang percaya bahwa menggunakan suatu teknologi akan meningkatkan kinerja. Dengan demikian jika seseorang percaya bahwa sistem informasi berguna maka dia akan menggunakannya. Indikatornya antara lain yaitu mempercepat pekerjaan, meningkatkan produktifitas kerja, meningkatkan kinerja, meningkatkan efektifitas tugas, mendapatkan informasi yang dibutuhkan pengguna, adanya kebermanfaatan secara keseluruhan, mempermudah pekerjaan, adanya penilaian bahwa sistem informasi yang digunakan bermanfaat bagi pengguna. (Fatmawati Endang, 2015).

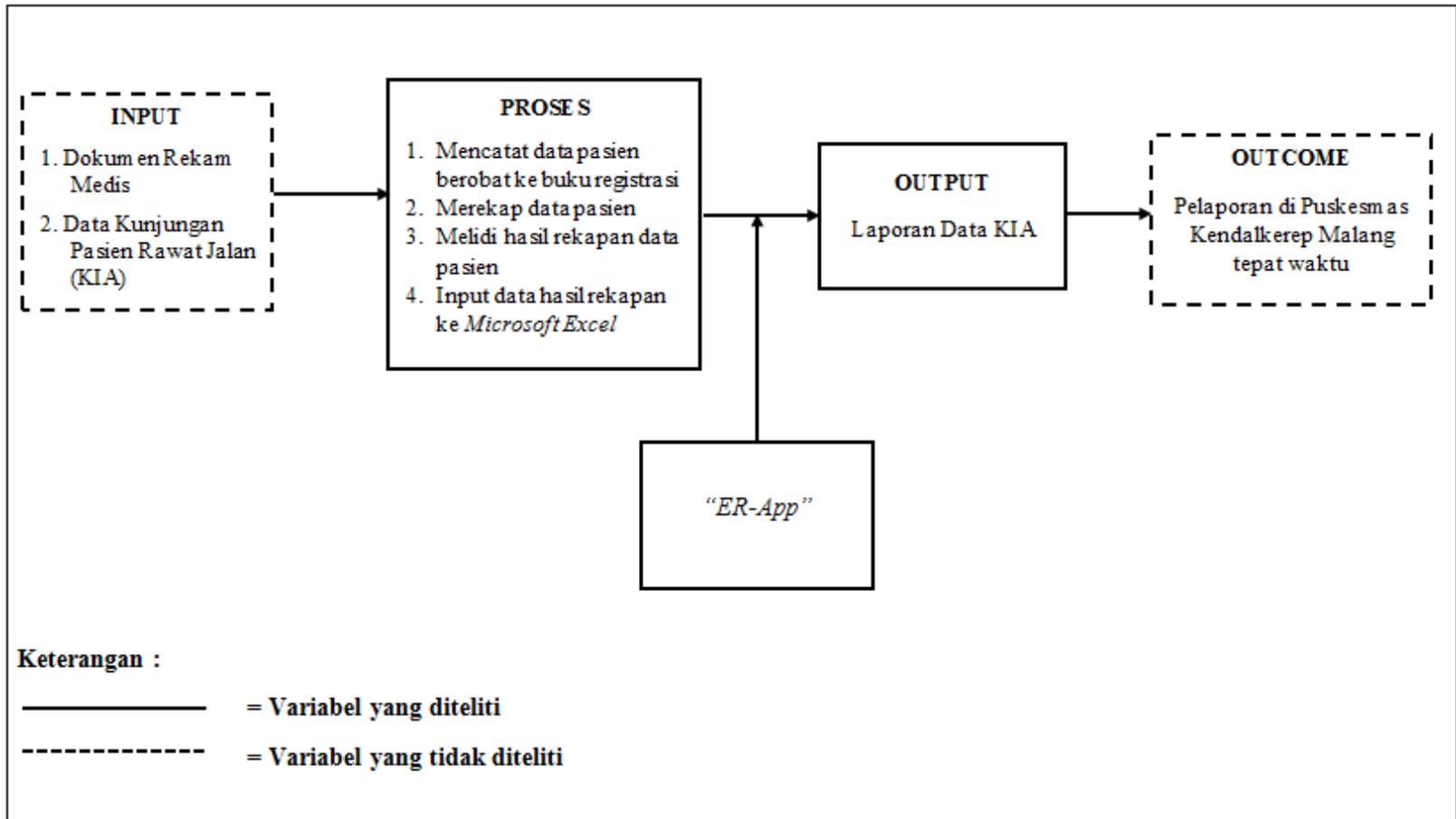
c. *Attitude* (Sikap)

Attitude berhubungan dengan *behavioral intention* yaitu perasaan positif atau negatif individual (berpengaruh evaluatif) terhadap perilaku (Fishbein and Ajzen, 1975). Lutz (1981) mendefinisikan attitude sebagai tindakan yang mewakili perasaan tersembunyi terhadap kesukaan atau ketidaksukaan yang mengarah kepada objek, seseorang, masalah atau perilaku. (Lucyanda, J.2010)

d. *Behaviour Intention to Use*

Igabria (1994) menyatakan bahwa seseorang baik secara individu maupun kolektif dalam penerimaan penggunaan suatu teknologi informasi tergantung pada variasi penggunaan suatu sistem, karena penggunaan suatu sistem berbasis teknologi informasi diyakini dapat mengembangkan kinerja individu atau organisasi. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh De Lone (1981) menunjukkan bahwa indikator penerimaan teknologi informasi dilihat dari penggunaan sistem dan keinginan untuk menggunakan komputer. *Intention* mengacu kepada tujuan individu untuk melakukan berbagai perilaku yang beragam dan dapat dipertimbangkan sebagai alasan khusus terhadap keyakinan. *Intention* merupakan probabilitas subjektif seseorang untuk melakukan sesuatu (Ajzen, 1995). (Lucyanda, J.2010)

B. Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep Penelitian