

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Rekam Medis**

###### **a. Pengertian Rekam Medis**

Berdasarkan Permenkes 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. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto, radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik.

###### **b. Tujuan Rekam Medis**

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di puskesmas. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di puskesmas (Depkes RI, 2006). Kegunaan Rekam Medis menurut Dirjen Yanmed (2006 : 13) dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

###### **1) Aspek administrasi**

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggungjawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

###### **2) Aspek Medis**

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

### 3) Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta menyediakan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

### 4) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

### 5) Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

### 6) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data tentang perkembangan kronologi dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

### 7) 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.

## **c. Manfaat Rekam Medis**

Pemanfaatan rekam medis menurut Permenkes 269 tahun 2008 dapat dipakai sebagai pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi, keperluan pendidikan dan penelitian, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dan data statistik kesehatan.

## **d. Mutu Rekam Medis**

Menurut Huftman (1994) dalam Budi (2011) dijelaskan bahwa mutu rekam medis yang baik dapat mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Untuk meningkatkan mutu rekam medis ada 3 (tiga) unsur antara lain :

- a. isi rekam medis

isi dimonitor oleh sub bagian rekam medis, yang tidak lengkap diberikan formulir untuk diberi kesempatan kepada dokter terkait untuk melengkapinya.

b. Validitas (kesahihan)

Isi rekam medis harus jelas, singkat, benar dan tepat waktu. Isi rekam medis diperiksa oleh panitia rekam medis dan kualitasnya tergantung dokter yang merawatnya dan keahliannya dinilai oleh sesama dokter.

c. Sanksi

Adanya sanksi untuk dokter yang alpa perlu diberlakukan, tidak hanya dokter, sub bagian rekam medis dan unit lain juga berlaku. Peringatan dapat berupa teguran, peringatan tertulis hingga tindakan administrasi.

## **2. Resume Medis**

### **a. Pengertian Resume Medis**

Berdasarkan Permenkes 269/MenKes/Per?III2008 tentang Rekam Medis, istilah resume medis disebut ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang atau resume medis sekurang-kurangnya memuat :

- 1) Identitas pasien,
- 2) Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat,
- 3) Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang,
- 4) Diagnosa akhir, pengobatan dan tindak lanjut,
- 5) Nama dan Ttnada tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

### **b. Tujuan dan Kegunaan Resume Medis**

Tujuan dibuatnya resume medis menurut Hatta 2008 adalah :

- 1) Memberikan informasi kepada pihak ketiga yang berwenang.
- 2) Memberikan informasi untuk menunjang kegiatan komite telaah staf medis.
- 3) Menjaga kelangsungan perawatan dikemudian hari dengan memberikan tembusannya kepada dokter utama pasien, dokter yang merujuk dan konsultan yang membutuhkan.

## **3. Analisa Dokumen Rekam Medis**

### **a. Analisa Kualitatif**

Berdasarkan Buku Pedoman Pengolaan Rekam Medis tahun 2006 analisis kualitatif adalah analisis yang ditujukan kepada mutu dan setiap berkas rekam

medis. Petugas akan menganalisa kualitatif rekam medis pasien sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan. Apabila analisa kuantitatif meliputi penelitian terhadap pengisian lembar rekam medis baik oleh staf medis, paramedis, dan unti penunjang lainnya. ketidaklengkapan pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, mutu rekam medis akan mencerminkan baik tidaknya mutu pelayanan di suatu rumah sakit.

Pembuatan resume bagi setiap pasien yang dirawat merupakan cerminan mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh rumah sakit tertentu. Dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang menangani pasien wajib melengkapi rekam medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Analisa Kualitatif bertujuan untuk menghasilkan dokumen rekam medis :

- 1) Lengkap , berdaya guna untuk:
  - a) rujukan asuhan pasien
  - b) perlindungan hukum
  - c) memenuhi kebutuhan/mendukung kialitas informasi
- 2) Berfungsi sebagai dasar informasi untuk :
  - a) quality assurance
  - b) aktifitas risk management,

Terdapat 6 komponen dalam analisa Kualitatif yaitu :

- 1) Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa.
- 2) Review konsisten pencatatan.
- 3) Review pencatatan hal hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan.
- 4) Review adanya inform consent yang seharusnya ada.
- 5) Review cara atau praktik pencatatan.
- 6) Review hal hal yang berpotensi tuntutan ganti rugi.

#### **b. Analisa Kuantitatif**

Analisa kuantitaif adalah analisa yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi lembaran medis, paramedis dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan (BPPRM, 2006). Petugas akan menganalisa setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada ada berkas seorang pasien sudah ada atau belum. Ketidaklengkapan berkas pasien dari lembaran tertentu agar segera menghubungi ke unit dimana pasien dirawat. Menurut Hakam, komponen analisa kuantitatif terdiri dari:

- 1) Identifikasi pasien yang benar pada setiap lembaran rekam medis
  - a) Dilaksanakan pada saat pasien dirawat (concurrent) atau setelah pasien pulang (retrospektif).
  - b) Mengecek setiap halaman apakah sudah terisi identitas pasien atau belum.
  - c) Penulisan nama sesuai system penamaan yang sudah ditentukan oleh manajemen RS.
- 2) Laporan yang penting
  - a) Ada atau tidaknya laporan
  - b) Jadwal ketentuan adanya laporan
  - c) Situasi yang mengharuskan laporan yang dimaksud ada
  - d) Apabila laporannya tidak ada karena tiak dibuat, padahal laporan itu perlu ada, tidak mungkin ditambahkan.
- 3) Autentifikasi
  - a) Ditandai dengan adanya tanda tangan yang berwenang
  - b) Nama disertai gelar keprofesiannya
  - c) Tanda tangan tidak boleh diwakili, kecuali keadaan mendesak
  - d) Pendokumentasian yang baik dan benar.

**c. *Clinical Documentation Improvement (CDI)***

Dokumentasi klinis adalah dasar dari setiap rekam medis pasien. Semua orang yang mendokumentasikan dalam catatan harus memenuhi standar dokumentasi klinis. Catatan tersebut mendukung keparahan kondisi pasien, penilaian dan evaluasi yang mengarah pada diagnosis dan manajemen perawatan. Tanpa dokumentasi yang kuat, menjadi sulit untuk mendukung kebutuhan medis dari layanan yang diberikan, membuka pintu untuk permintaan informasi tambahan, menyandi ulang, atau menolak layanan (Steed, 2015).

*Coder* memerlukan dokumentasi berkualitas tinggi untuk menentukan kualitas dan akurasi pengkodean, dan tidak dapat mengambil diagnosis kecuali didokumentasikan oleh penyedia. Setiap badan pengawas memberikan penekanan lebih besar pada dokumentasi klinis. Audit Pendokumentasian Rekam Medis adalah pengujian kebenaran pencatatan rekam medis yang dapat dilakukan dengan melakukan analisa. Ada 7 (tujuh) Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas prima yaitu :

- 1) Dapat dibaca /*Legible*
  - a) Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
  - b) Keterbacaan Dokumen Klinis (hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hokum).
  - c) Ketidak jelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh.
- 2) Dapat Dipercaya /*Reliable*
  - a) Dapat dipercaya.
  - b) Aman.
  - c) Memberikan hasil yang sama saat diulang.
- 3) Tepat /*Precise*

Terperinci atau dokumen harus mengandung detail yang cukup untuk mendukung kondisi pasien.
- 4) Lengkap /*Complete*

Perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat rekam medis pasien. Kelengkapan termasuk: ketepatan autentikasi.
- 5) Konsisten /*Consistent*

Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain:

  - a) Pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya tidak sependapat.
  - b) Peraturannya bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan dokter Penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi.
- 6) Jelas /*Clear*

Ketidakjelasan terjadi jika informasi pendokumentasian tidak sepenuhnya menggambarkan kondisi pasien,
- 7) Tepat waktu /*Timely*
  - a) Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien.
  - b) Adanya pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.
  - c) Dokumentasi yang tepat waktu sangat penting untuk hasil optimal pasien. Ini termasuk catatan kemajuan harian, hasil diagnostik, ringkasan pemulangan, apakah diagnosis ada pada saat masuk, dan masukan dari penyedia konsultasi

Kriteria 1 hingga kriteria 6 difokuskan pada saat petugas melakukan kegiatan review dokumen rekam medis, sedangkan untuk kriteria “*timely*” tidak dapat dikoreksi bila suatu bagian ditulis terlambat maka tetap akan terlambat.

**d. Waktu Analisa Rekam Medis**

Analisa rekam medis menurut waktu dibagi menjadi 2 jenis, yaitu:

- 1) *Retrospective Analysis* yaitu analisa dilakukan pada saat perawatan selesai dilaksanakan yang memungkinkan telaah secara menyeluruh walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang.
- 2) *Concurrent Analysis* yaitu analisa dilakukan pada saat pasien masih ada di sarana pelayanan kesehatan.

**e. Cara mengetahui Presentase Ketidاكلengkapan rekam medis**

- 1) IMR ( *Incomplete Medical Record* )

Yaitu : Jumlah rekam medis yang belum lengkap dan batas waktu melengkapi selambat – lambatnya 2 X 24 jam sejak dokumen rekam medis diserahkan ke unit pencatatan.

$$IMR = \frac{\text{Jumlah berkas rekam medis yang belum lengkap}}{\text{Jumlah seluruh berkas yang diteliti}} \times 100\%$$

- 2) DMR ( *Delinquent Medical Record* ) atau disebut dokumen yang membandel.

Yaitu : Rekam medis yang masih tetap belum lengkap setelah melewati masa perlengkapan dari batas waktu yang telah ditentukan yaitu 14 X 24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tak lengkap.

$$DMR = \frac{\text{Jumlah berkas rekam medis yang bandel}}{\text{Jumlah berkas rekam medis yang dilengkapi}} \times 100\%$$

**4. Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis**

Menurut Kepmenkes RI Nomor 129 tahun 2008, standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar Pelayanan Minimal juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum terhadap masyarakat. Standar Pelayanan Minimal yang ada di rekam medis antara lain yaitu :

- a. Pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dengan standar capaian 100%

Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal Pengisian Rekam Medis

Judul	Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Adanya tanggung jawab dokter dalam informasi rekam medis
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq 24$ jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Petugas rekam medik

- b. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap dengan standar pencapaian  $\leq 15$  menit

Tabel 2.2 Standar Pelayanan Minimal Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survey
Standar	$\leq 15$ menit
Penanggung jawab	Petugas rekam medis

- c. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan dengan standar capaian  $\leq 10$  menit

Tabel 2.3 Standar Pelayanan Minimal Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 50)
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	$\leq 10$ menit
Penanggung jawab	Petugas rekam medis

## 6. Sistem Informasi

### a. Pengertian Sistem

Sistem adalah suatu jaringan dari suatu prosedur-prosedur yang saling berhubungan, terkumpul bersama-sama untuk melakukan suatu kegiatan atau tujuan tertentu. Sedangkan prosedur adalah urutan-urutan yang tepat dari tahap-tahap instruksi yang menerangkan apa (*what*) yang dikerjakan, siapa (*who*) yang

mengerjakan, kapan (*when*) dikerjakan dan bagaimana (*how*) cara mengerjakannya (Jogiyanto, 2014).

**b. Pengertian Informasi**

Informasi merupakan hasil olahan data dimana data sudah diproses dan diinterpretasikan menjadi data penting untuk pengambilan keputusan. Suatu informasi berguna bagi pembuat keputusan karena informasi bisa meyakinkan sebuah pendapat dengan adanya bukti konkrit (Kusrini, 2007). Menurut Sutarman (2009), informasi adalah sekumpulan fakta (data) yang diorganisasikan dengan cara tertentu sehingga mereka mempunyai arti bagi si penerima.

**c. Pengertian Sistem Informasi**

Menurut Kenneth dan Jane dalam Danang Sunyoto (2014 : 47), sistem informasi secara teknis dapat didefinisikan sebagai sekumpulan komponen yang saling berhubungan, mengumpulkan atau mendapatkan, memproses, menyimpan, dan mendistribusikan informasi untuk menunjang pengambilan keputusan dan pengawasan dalam organisasi. Pengertian sistem informasi menurut Ladjamudin (2013) adalah sekumpulan prosedur organisasi yang pada saat dilaksanakan akan memberikan informasi bagi pengambil keputusan dan atau untuk mengendalikan organisasi.

**d. Sistem Manajemen Basis Data**

Menurut Jatnika (2013) Sistem Manajemen Basis Data (*Database Management Systems/DBMS*) adalah suatu perangkat lunak (program) yang mengorganisasikan, mengategorikan, menyimpan, dan menampilkan kembali (*retrieve*) serta memelihara data di dalam basis data yang memungkinkan bagi beberapa pemakai untuk mengakses data yang disimpan dalam basis data tersebut secara bersama-sama dengan menggunakan beberapa aplikasi.

**e. Database**

Menurut Sutarman (2012:15), Database sekumpulan file yang saling berhubungan dan terorganisasi atau kumpulan *record-record* yang menyimpan data dan hubungan diantaranya. Menurut Ladjamudin (2013:129), Database adalah sekumpulan data *store* (bisa dalam jumlah yang sangat besar) yang tersimpan dalam *magnetic disk, optical disk, magnetic drum*, atau media penyimpanan sekunder lainnya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa database adalah sekumpulan file yang saling berhubungan yang menyimpan data dan tersimpan dalam sebuah media penyimpanan.

#### **f. Microsoft Access**

Menurut nana suarna (2004:11) Microsoft access adalah sebuah program aplikasi untuk mengolah database(*basic data*) model relasional karena terdiri dari lajur kolom dan baris. Selain itu *Microsoft Access* merupakan aplikasi program yang sangat mudah dan fleksibel dalam pembuatan dan perancangan sistem manajemen *database*. *Microsoft Access* saat ini banyak digunakan dalam pembuatan aplikasi program yang sangat sederhana dan mudah.

#### **g. Visual Basic**

Menurut Sunyoto (2007 : 1) “*Visual Basic* adalah Program untuk membuat aplikasi berbasis *Microsoft Windows* secara cepat dan mudah. *Visual Basic* menyediakan *tool* untuk membuat aplikasi yang sederhana sampai aplikasi kompleks atau rumit baik untuk perusahaan/instansi dengan sistem yang lebih besar”.

*Microsoft Visual Studio* 2010 adalah alat penting untuk individu melakukan tugas-tugas pembangunan dasar. Ini menyederhanakan penciptaan, debugging, dan penyebaran aplikasi pada berbagai platform, termasuk *SharePoint* dan *Cloud*. *Visual Studio* 2010 dilengkapi dengan dukungan terpadu untuk pengembangan ujididorong, serta alat debugging yang membantu memastikan solusi berkualitas tinggi. Menulis metode aplikasi sering membutuhkan banyak memiliki *designer* dan *editor* terbuka sekali.

#### **h. Uji Black Box**

Menurut Rosa dan Shalahuddin (2015), *black box testing* yaitu menguji perangkat lunak dari segi spesifikasi fungsional tanpa menguji desain dan kode program. Pengujian dimaksudkan untuk mengetahui apakah fungsi-fungsi, masukan, dan keluaran dari perangkat lunak sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan.

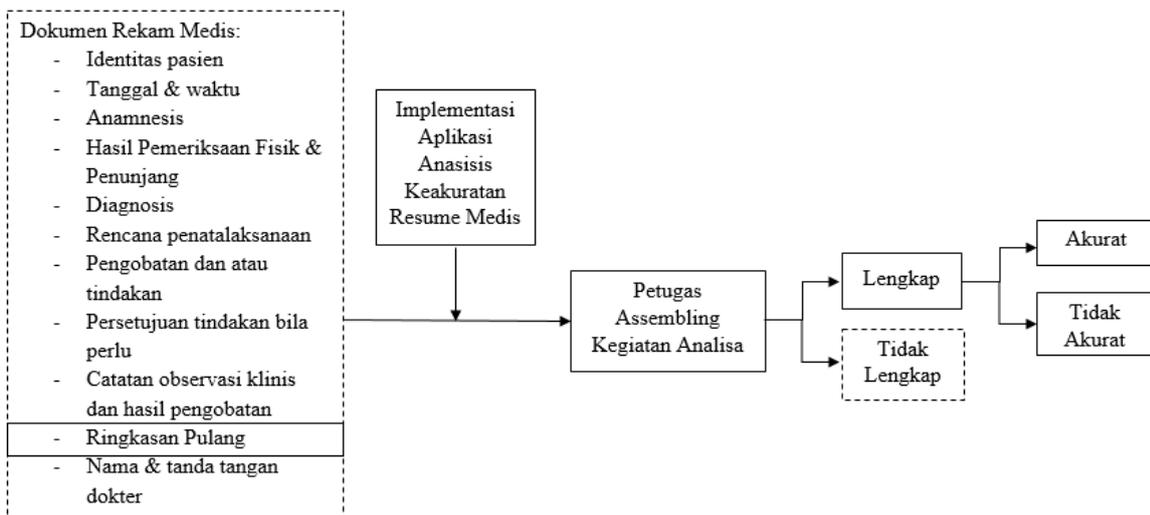
*Black box testing* dilakukan dengan membuat kasus uji yang bersifat mencoba semua fungsi dengan memakai perangkat lunak apakah sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan. Kasus uji yang dibuat untuk melakukan *black box testing* harus dibuat dengan kasus benar dan kasus salah, misalkan untuk kasus proses login maka uji yang dibuat adalah:

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

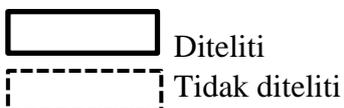
- 2) Jika user memasukkan nama pemakai (*username*) dan kata sandi (*password*) yang salah, misalnya nama pemakai benar tapi kata sandi salah, atau sebaliknya, atau keduanya salah.

Metode uji coba *black box* memfokuskan pada keperluan fungsional dari *software*, karena itu uji coba aplikasi *black box* memungkinkan pengembangan *software* untuk membuat himpunan kondisi *input* yang akan melatih seluruh syarat-syarat fungsional suatu program. Metode uji dapat diterapkan pada semua tingkat pengujian perangkat lunak: unit, integrasi, fungsional, sistem dan penerimaan. Ini biasanya terdiri dari kebanyakan jika tidak semua pengujian pada tingkat yang lebih tinggi.

## B. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep



Penjelasan :

Kerangka konsep menjelaskan bahwa petugas *assembling* melakukan kegiatan analisa dokumen rekam medis, salah satunya yaitu pada formulir resume medis. Petugas *assembling* di Rumah Sakit Ibu dan Anak Puri Bunda dalam melakukan analisa masih manual dan belum akurat. Jadi dalam hal ini, peneliti mengamati akurasi resume medis pasien dengan menggunakan aplikasi analisa kuantitatif di Rumah Sakit Ibu dan Anak Puri Bunda Kota Malang.