

## BAB II

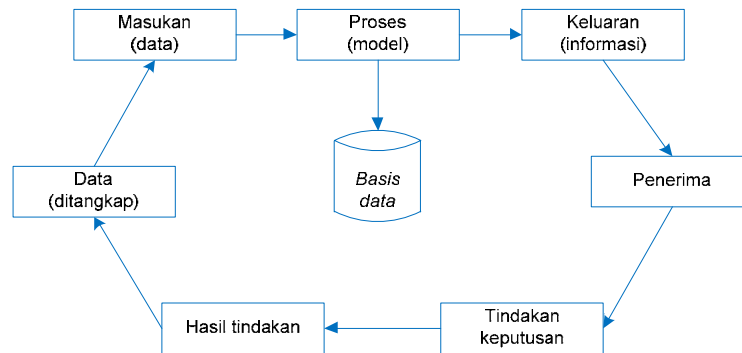
### LANDASAN TEORI

#### 2.1 Sistem Informasi

Menurut FitzGerald dalam Jogiyanto (2005: 1), suatu sistem adalah suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan suatu kegiatan atau untuk menyelesaikan suatu sasaran yang tertentu. Tujuan umum dari suatu sistem adalah menghubungkan berbagai bagian dari sistem tersebut. Meskipun tiap bagian berfungsi secara independen dari yang lainnya, semua bagian tersebut melakukan tujuan yang sama. Jika komponen tertentu tidak memberikan kontribusinya pada tujuan bersama, maka komponen tersebut bukanlah bagian dari sistem.

McFadden, *et al.* dalam Kadir (2003: 31) mendefinisikan informasi sebagai data yang telah diproses sedemikian rupa sehingga meningkatkan pengetahuan seseorang yang menggunakan data tersebut. Sedangkan menurut Davis dalam Kadir (2003: 31), informasi adalah data yang telah diolah menjadi sebuah bentuk yang berarti bagi penerimanya dan bermanfaat dalam pengambilan keputusan saat ini atau saat mendatang.

Burch dan Grudnitski dalam Kadir (2003: 32) menggambarkan siklus informasi seperti yang dapat dilihat pada Gambar 2.1 di halaman 8. Sebuah siklus informasi dimulai dari proses pengolahan data menjadi informasi dan pemakaian informasi untuk mengambil keputusan, hingga akhirnya dari tindakan hasil pengambilan keputusan tersebut dihasilkan data kembali.



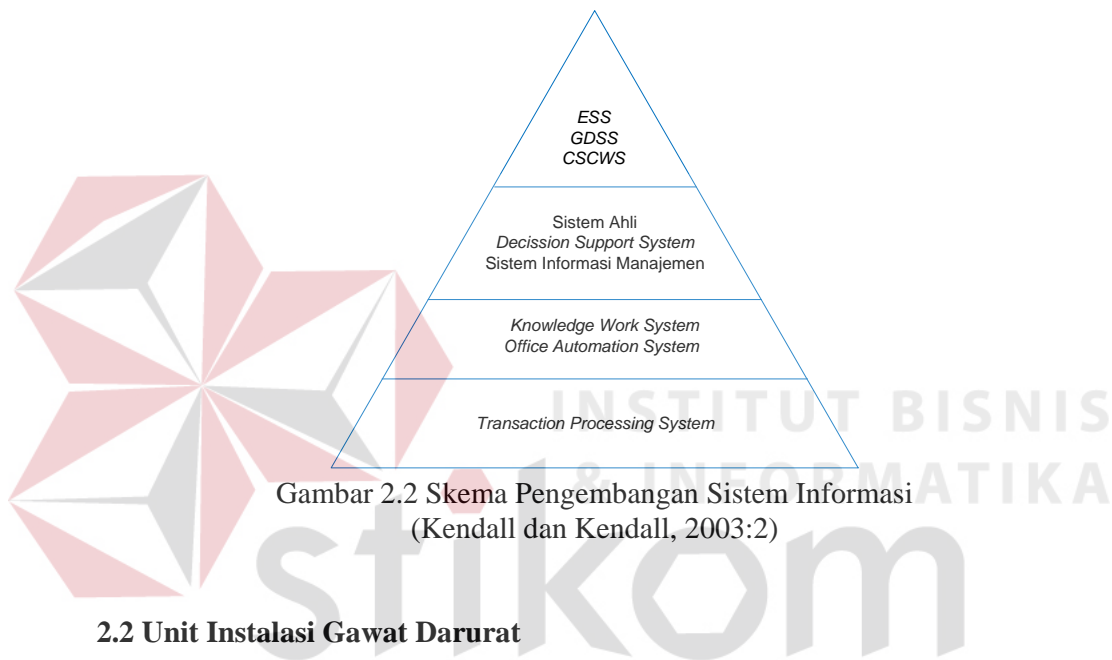
Gambar 2.1 Siklus Informasi (Burch dan Grudnitski dalam Kadir, 2003: 32)

Leitch dan Davis dalam Jogiyanto (2005: 11) mendefinisikan sistem informasi sebagai suatu sistem di dalam suatu organisasi yang mempertemukan kebutuhan pengolahan transaksi harian, mendukung operasi, bersifat manajerial dan kegiatan strategi dari suatu organisasi dan menyediakan pihak luar tertentu dengan laporan-laporan yang diperlukan. Sedangkan Gelinas, *et al.* dalam Kadir (2003: 11) mendefinisikan sistem informasi sebagai suatu sistem buatan manusia yang secara umum terdiri atas sekumpulan komponen berbasis komputer dan *manual* yang dibuat untuk menghimpun, menyimpan dan mengelola data serta menyediakan informasi keluaran kepada para pemakai.

Sistem informasi dapat dikembangkan menjadi beberapa jenis, dengan tujuan yang berbeda-beda tergantung pada kebutuhan bisnis (Kendall dan Kendall, 2003: 2). Skema dari pengembangan sistem informasi dapat dilihat pada Gambar 2.2 di halaman 9. Dari skema tersebut, dapat diketahui jenis-jenis pengembangan sistem informasi yaitu:

- a. *Transaction Processing Systems* (TPS)
- b. *Office Automation Systems* (OAS)
- c. *Knowledge Work Systems* (KWS)
- d. *Manajemen Information Systems* (MIS)

- e. *Decision Support Systems (DSS)*
- f. *Artificial Intelligent (AI)*
- g. *Computer Supported Collaborative Work Systems (CSCWS)*
- h. *Group Decision Support Systems (GDSS)*
- i. *Executive Support Systems (ESS).*



Gambar 2.2 Skema Pengembangan Sistem Informasi  
(Kendall dan Kendall, 2003:2)

## 2.2 Unit Instalasi Gawat Darurat

Berdasarkan *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit* (2009: 1), yang menjelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Menurut Sabarguna (2008: 1), pelayanan pada unit instalasi gawat darurat (IGD) seringkali menunjukkan pamor atau muka rumah sakit, tetapi penuh juga ketidakpastian karena mempunyai sifat yang darurat apalagi termasuk di dalamnya kegawatan. Dalam hal ini perlu dicermati mana hal-hal yang harus diperhatikan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan, maka

sistem informasi harus mempunyai penyelesaian dan mendukung sifat darurat dan cepat.

Untuk memenuhi tujuan tersebut, sebuah unit IGD harus memiliki beberapa petugas yang *stand by* selama 24 jam. Seperti halnya unit IGD pada rumah sakit Jember Klinik, yang petugasnya terbagi di beberapa bagian sebagai berikut:

- a. Administrasi, bertugas untuk mengolah data-data unit IGD.
- b. Kasir, bertugas untuk mencatat transaksi pasien unit IGD.
- c. Perawat, bertugas untuk melakukan pemeriksaan kondisi pasien dan melakukan tindakan pelayanan medik.
- d. Dokter jaga, bertugas untuk memeriksa dan menentukan penanganan yang tepat untuk pasien.

### **2.3 Rekam Medis**

Rekam medis diartikan sebagai keterangan, baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006: 11). Proses kegiatan penyelenggaraan rekam medis dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit. Kemudian dilanjutkan dengan kegiatan pencatatan data medis pasien oleh dokter atau perawat yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien selama pasien tersebut mendapatkan pelayanan medik di rumah sakit. Setelah itu dilanjutkan dengan pengelolaan berkas rekam

medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan.

Berdasarkan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik (2006: 46), terdapat bermacam-macam bentuk formulir rekam medis yang dipakai di setiap rumah sakit, baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan. Namun seluruhnya harus memenuhi standar yang telah ditetapkan. Standar isi formulir rekam medis rawat inap adalah:

1. Identitas pasien
2. *Resume* medis
3. Riwayat penyakit dan pemeriksaan jasmani
4. Laporan kematian (jika pasien meninggal)
5. Surat keterangan lahir (surat identitas bayi jika pasien bayi lahir di rumah sakit)
6. Pengantar masuk rawat inap (surat rujukan)
7. Surat persetujuan rawat inap
8. Surat perpindahan pasien dari ruang perawatan (jika pasien pindah ruang perawatan)
9. *Informed consent* (jika ada tindakan medis yang diberikan kepada pasien)
10. Catatan dan instruksi dokter
11. Rekaman asuhan keperawatan (resume asuhan keperawatan, data dasar dan ringkasan pengkajian, pelaksanaan perawatan kesehatan, tindakan dan evaluasi keperawatan)
12. Catatan klinis
13. Formulir obstetri dan ginekolog (untuk pasien obsgin)

14. Formulir laporan operasi (jika pasien operasi)
15. Formulir hasil-hasil penunjang medik (laboratorium, radiologi, diagnostik, fisioterapi)
16. *Copy* resep

Sedangkan untuk rekam medis pasien rawat jalan, standar isi formulir rekam medisnya adalah sebagai berikut:

1. Identitas pasien
2. Formulir catatan dokter yang memuat anamnesa/pemeriksaan fisik, diagnosa, nama dan tanda tangan dokter
3. Rekaman asuhan keperawatan
4. Formulir hasil-hasil penunjang medik
5. *Copy* resep

Menurut Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik (2006: 16), kegunaan dari penyelenggaraan rekam medis pada rumah sakit diantaranya adalah:

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam proses pemberian pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

- e. Sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien.
- f. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

Pada rumah sakit Jember Klinik alur proses pencatatan rekam medis dimulai dari proses *triage* dan *anamnesa* yang dilakukan saat pasien tiba. *Triage* atau *triase* menurut Oman, *et al.* (2008: 1), adalah proses untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke UGD dan menetapkan prioritas penanganannya. Selain *triage*, perawat juga melakukan *anamnesa* atau *anamnesis* yang merupakan proses untuk mengumpulkan semua data dasar yang berkaitan dengan penyakit pasien dan adaptasi pasien terhadap penyakitnya (Azam, 2007: 37).

Setelah dilakukan proses *triage* dan *anamnesa*, pasien atau penanggung jawab pasien diarahkan untuk melengkapi data identitas untuk kelengkapan administrasi. Apabila data identitas pasien dinyatakan lengkap, dokter dapat melakukan pemeriksaan agar dapat menentukan penanganan medik. Setelah penanganan medik dilakukan, proses terakhir dalam alur pencatatan rekam medis adalah menentukan terapi pasca gawat darurat. Terapi tersebut berupa resep obat dan tindakan unit lain yang ditentukan oleh dokter. Tindakan unit lain adalah tindakan penanganan yang dilakukan oleh unit rawat inap, unit ruang operasi atau unit *intensive care unit* (ICU)/ *intensive cardine care unit* (ICCU). Tindakan unit lain hanya diberikan jika pasien masih membutuhkan penanganan lanjutan.