

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **Pelayanan Instalasi Gawat Darurat**

Berdasarkan Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009

Menyatakan bahwa:

“Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit juga merupakan suatu tempat yang memberikan pelayanan publik yang berupa pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas yang mengalami keluhan penyakit, luka, dan bagi mereka yang akan melahirkan”

Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pelayanan kegawatdaruratan harus memiliki kriteria kegawatdaruratan yaitu:

1. Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain /lingkungan.
2. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi.
3. Adanya penurunan kesadaran.
4. Adanya gangguan hemodinamik.
5. Memerlukan tindakan segera.

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standart sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya

sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana dan sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes RI, 2009).

Berdasarkan Pelayanan Kegawatdaruratan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2018), menyatakan bahwa :

Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan di:

1. Ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan untuk Puskesmas, Klinik, atau tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan lain
2. Instalasi Gawat Darurat untuk Rumah Sakit.

Tempat pelayanan kegawatdaruratan tersebut berperan sebagai gerbang utama jalan masuknya pasien. Kemampuan suatu fasilitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan dalam hal kualitas dan kesiapan sebagai tempat pelayanan maupun sebagai pusat rujukan penderita dari prafasilitas pelayanan kesehatan tercermin dari kemampuan tempat pelayanan kegawatdaruratan. Pasien dari tempat pelayanan kegawatdaruratan tersebut dapat dikirim ke ruang lain, misalnya ke ruang rawat inap di puskesmas atau klinik, unit perawatan intensif, ruang bedah sentral, ataupun ruang perawatan di rumah sakit, untuk mendapatkan penanganan selanjutnya. Jika penderita dibutuhkan pelayanan yang khusus, penderita dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain.

Penanganan kegawatdaruratan pelayanan kesehatan dikategorikan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan. Untuk pelayanan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan rumah sakit, kategori pelayanan kegawatdaruratan terdiri atas level I, level II, level III, dan level IV.

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib memiliki pelayanan kegawatdaruratan yang minimal mempunyai kemampuan:

1. Pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu untuk Rumah Sakit.
2. Memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai jam operasional untuk puskesmas, klinik, dan tempat praktik mandiri dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan.
3. Menangani pasien segera mungkin setelah sampai di fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Memberikan pelayanan kegawatdaruratan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.

5. Proses triase untuk dipilah berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh profesi kedokteran dan/atau pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Membuat alur masuk pasien dengan penyakit infeksius khusus atau yang terkontaminasi bahan berbahaya sebaiknya berbeda dengan alur masuk pasien lain. Jika fasilitas ruang isolasi khusus dan dekontaminasi tidak tersedia, Pasien harus segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memiliki fasilitas ruang isolasi khusus.

Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan. Bisa diilustrasikan dengan pasien yang terus mengalami perdarahan dan tidak dihentikan selama periode prafasilitas pelayanan kesehatan, maka akan sampai ke fasilitas pelayanan kesehatan dalam kondisi gagal ginjal. Begitu cedera terjadi maka berlakulah apa yang disebut waktu emas (*The Golden periode*).

Satu jam pertama juga sangat menentukan sehingga dikenal istilah *The Golden Hour*. Setiap detik sangat berharga bagi kelangsungan hidup penderita. Semakin panjang waktu terbuang tanpa bantuan pertolongan yang memadai, semakin kecil harapan hidup pasien.

Salah satu penanganan terpenting dalam IGD yaitu *Assessment Awal Keperawatan Gawat Darurat (AAKGD)*. *Assessment* adalah usaha atau suatu proses untuk mendapatkan informasi mengenai kelebihan, kekurangan dan kebutuhan seseorang dengan menggunakan berbagai alat dan teknik, seperti pedoman observasi, wawancara, tes formal atau informal. Sedangkan pengertian AAKGD adalah rangkaian kegiatan praktek keperawatan gawat darurat yang diberikan kepada pasien oleh perawat yang berkompeten di ruang gawat darurat. Asuhan keperawatan yang diberikan meliputi biologis, psikologis dan sosial pasien baik aktual yang timbul secara bertahap maupun mendadak, maupun resiko

tinggi. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi AAKGD, yaitu kondisi kegawatdaruratan sering kali tidak terprediksi baik kondisi pasien maupun jumlah pasien yang datang ke gawat darurat, keterbatasan sumber daya dan waktu, adanya saling ketergantungan yang tinggi antara tenaga kesehatan yang bekerja di ruang IGD, keperawatan dilakukan untuk semua usia dan berasal data yang sangat mendasar, tindakan harus cepat dan tepat (Maryuani, 2009). Mengingat sangat pentingnya pengumpulan data dan informasi yang mendasar dari AAKGD, maka setiap perawat gawat darurat harus berkompeten dalam melakukan *assessment* gawat darurat. Semakin cepat menangani pasien maka semakin cepat pula dilakukan *assessment* awal keperawatan sehingga pasien dapat segera mendapat pertolongan dan terhindar dari kematian atau kecacatan.

AAKGD dibedakan menjadi empat tahap, namun ditentukan sesuai dengan keadaan atau kondisi pasien. Empat tahap tersebut adalah yaitu pengkajian *primary assessment*, *secondary assessment*, *focused assessment* dan *diagnostic procedure* (Holder, 2002). Pertolongan kepada pasien gawat darurat dilakukan dengan terlebih dahulu melakukan *primary assessment* untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang mengancam hidup pasien, barulah selanjutnya dilakukan survey sekunder. Tahapan pengkajian survei primer meliputi *airway*, *breathing*, *circulation*, *disability* dan *exposure*. Sedangkan untuk *primary secondary* yaitu tahapan mengenai proses anamnesis dan pemeriksaan fisik *head to toe* untuk menilai perubahan bentuk, luka, dan cedera yang dialami pasien. *Focussed assessment* membahas beberapa komponen pengkajian terfokus yang paling penting untuk melengkapi *primary assessment*. *Diagnostic procedure* atau

pemeriksaan diagnostik yang dibutuhkan untuk melengkapi proses pengkajian pasien gawat darurat. (Holder, 2002).

## **Rekam Medis**

### **Pengertian Rekam Medis**

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan yang lain yang telah diberikan kepada pasien (Rekam Medis, 2008). Menurut Permenkes No. 269 (2008), pada sarana pelayanan kesehatan, rekam medis untuk pasien rawat jalan sekurang-kurangnya mencakup identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan, pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien, serta untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis dan persetujuan tindakan bila diperlukan. Sedangkan untuk untuk pasien rawat inap, rekam medis sekurang-kurangnya mencakup identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan, persetujuan tindakan bila diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang, nama dan tanda tangan tenaga kesehatan, pelayanan lain yang dilakukan tenaga kesehatan tertentu, serta untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis.

Rekam medis pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, pengobatan, ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan Instalasi Gawat Darurat dan rencana tindak lanjut, nama dan tanda

tangan tenaga kesehatan, sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

### **Tujuan Rekam Medis**

Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Depkes(2006), menjelaskan bahwa tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan rumah sakit. Tanpa didukung pengolahan sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan.

### **Kegunaan Rekam Medis**

Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II Depkes RI (2006) menjelaskan bahwa rekam medis dapat ditinjau dari beberapa aspek yakni :

1. Aspek Administrasi
2. Aspek Medis
3. Aspek Hukum
4. Aspek Keuangan
5. Aspek Penelitian
6. Aspek Pendidikan
7. Aspek Dokumentasi

Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis dapat berbentuk manual (tertulis) dan elektronik. Rekam medis dapat dibagi

menjadi rekam medis manual dan elektronik. Rekam medis medik manual menggunakan *hard copy* yang hanya dapat dilihat oleh satu orang pada suatu waktu. Rekam medis jenis ini mayoritas digunakan di unit pelayanan kesehatan. Namun demikian, suatu kendala mengenai rekam medis ini adalah dalam hal penyimpanan, mendapatkan kembali, membutuhkan ruang, waktu dan usaha. Rekam medis ini juga tidak selalu dapat terbaca, seringkali tidak akurat, memiliki sensibilitas yang lemah dan tidak kompetibel dengan beberapa data lainnya. Salah satu hal konsekuensi sistem manual ini adalah peningkatan biaya dalam pelayanan pasien dan administrasi dan menurunkan kepatuhan dalam standar sistem kesehatan. Sedangkan jenis rekam medis elektronik merupakan sistem pencatatan informasi dengan menggunakan peralatan modern seperti komputer atau alat elektronik lainnya.

### ***Electronic Medical Record (EMR)***

EMR adalah penggunaan metode elektronik untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta pengaksesan rekam medis pasien di rumah sakit yang telah tersimpan dalam suatu sistem manajemen basis data multimedia yang menghimpun berbagai sumber data medis. Rekam medis maupun EMR merupakan bukti tertulis yang diberikan dokter atau tenaga kerja kesehatan lainnya. Karena dengan adanya bukti tertulis tersebut maka pelayanan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan.

EMR sudah cukup banyak diimplementasikan di berbagai rumah sakit untuk pengganti rekam medis konvensional. Peningkatan kebutuhan untuk data pasien yang terstruktur baik dan mudah diakses, seiring dengan perkembangan pada ilmu

pengetahuan komputer, memunculkan ketertarikan yang besar pada pengembangan teknologi informasi. Komputer memiliki potensi untuk memperbaiki tingkatan keterbacaan akses dan struktur, tetapi ini memiliki kebutuhan yang besar pada proses pengumpulan data.

*Institute of medicine* (IOM) menyatakan ada 6 unsur yang berkaitan dengan penyimpanan data dan informasi pelayanan pasien agar fungsi utama rekam medis tetap terjaga kualitasnya, antara lain (Hatta, 2008):

1. Kemudahan akses (*accessibility*), artinya sistem perolehan data tersedia setiap waktu selama 24 jam dan hanya dapat dibuka oleh pihak yang berwenang.
2. Berkualitas (*quality*), informasi yang berkualitas menjadi suatu persyaratan dalam menyimpan rekam medis. Kurang atau hilangnya data dengan sendirinya mempengaruhi pengambilan keputusan tentang diagnosis dan tindakan. Untuk memenuhi ciri data yang berkualitas tinggi :
  - a. Akurat, artinya data menggunakan nilai yang benar dan valid
  - b. Mudah diakses, artinya butiran data mudah diperoleh, layak dikumpulkan dan mempunyai nilai legal.
  - c. Menyeluruh (*comprehensif*), artinya data dikumpulkan secara luas, lengkap meski ada keterbatasannya.
  - d. Ajeg (*consistent*) artinya nilai data dan aplikasi harus sama-sama dapat dipercaya.
  - e. Muthakhir (*up to date*), artinya nilai tukar data harus senantiasa yang terbaru.
  - f. Definisi jelas, artinya definisi data harus dijelaskan dengan terang dan jernih sehingga mudah dimengerti dan tahu batasannya.
  - g. Ada butiran data (*granularity*), artinya atribut dan nilai data harus dijabarkan pada tingkat yang benar.
  - h. Tepat, artinya data harus cukup besar untuk mendukung aplikasi atau proses.
  - i. Ada hubungannya (*relevant*), artinya data berguna bagi kinerja proses dan aplikasi.
  - j. Masukan data (*entry*) dan catat sebagaimana seharusnya dengan benar, artinya tergantung bagaimana data digunakan dalam konteks apa.
3. Keamanan (*security*), menjaga keamanan dalam menyimpan data/informasi, unsur keakuratan data/informasi dan kemudahan akses menjadi tuntutan pihak organisasi pelayanan kesehatan, praktisi kesehatan serta pihak ke-3 yang berwenang. Sedangkan pihak yang membutuhkan data atau informasi harus senantiasa menghormati privasi pasien. Dalam konsep pelayanan

kesehatan, ada empat unsur yang membentengi data/informasi dalam rekam medis:

- a. Privasi adalah hak seseorang untuk mengontrol akses informasi atas rekam kesehatan pribadinya.
  - b. Kerahasiaan (*confidentially*) adalah proteksi terhadap rekam kesehatan dan informasi lain pasien dengan cara menjaga informasi pribadi pasien dan pelayanannya. Dalam pelayanan kesehatan, informasi itu hanya diperuntukkan bagi pihak tenaga kesehatan yang berwenang.
  - c. Keamanan (*security*) adalah perlindungan terhadap privasi seseorang dan kerahasiaan rekam medis dengan kata lain keamanan hanya memperbolehkan pengguna yang berhak untuk membuka rekam medis. dalam pengertian yang lebih luas, keamanan juga termasuk proteksi informasi pelayanan kesehatan dari rusak, hilang, atau perubahan data akibat ulah dari pihak yang tidak berhak.
4. Fleksibilitas yaitu, tidak ada kesulitan. Tampilan data atau informasi dapat mengikuti keamauan pengguna dan dapat tersambung ke tempat lain yang sudah menggunakan *electronic medical record*.
  5. *Connectivity* yaitu mudah ditransfer karena terhubung dengan berbagai pihak.
  6. Efisiensi yaitu data yang tidak terstruktur langsung diubah menjadi terstruktur. Data dikumpulkan dalam bentuk standart dan dianalisis secara efisien.

Kekuatan hukum EMR masih menjadi tanda tanya dengan berbagai diskusi yang belum juga menemui titik temunya. Hal ini yang sebagian membuat sarana prasarana ragu untuk menerapkan EMR dalam kegiatan pelayanan. Kekuatan EMR baru bisa dipastikan jika ada kasus hukum yang menggunakan rekam medis elektronik sebagai buktinya. Dalam Permenkes No. 269 tahun 2008 Bab II pasal 2 menyatakan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik dan penyelenggara rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan sendiri. Pada pernyataan dalam Permenkes No. 269 tahun 2008 bab II pasal 2 tersebut menunjukkan bahwa rekam medis dapat boleh dibuat secara elektronik, namun sampai saat ini belum ada peraturan yang lebih lanjut yang khusus membahas tentang penyelenggara EMR. Peraturan yang dapat dirujuk saat ini yang mengatur

transaksi elektronik secara umum adalah Undang-undang No. 11 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik yang kita kenal UU ITE, Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis dan Kepemenkes No. 55 tahun 2013 tentang penyelenggaraan petugas rekam medis. Dasar hukum ini bisa dijadikan landasan hukum yang sah dalam penggunaan EMR.

Perkembangan saat ini bahwa perawat harus melakukan proses keperawatan berdasarkan standar asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan manual ini kemungkinan tidak terbaca oleh tim kesehatan lain, meskipun mungkin berisi informasi yang penting. Ini tidak dapat meningkatkan pertukaran informasi dan koordinasi baik antar perawat maupun tim kesehatan lainnya.

Banyak data yang dikumpulkan secara berulang ulang dan mungkin tidak tepat karena berkas yang diisi terlalu banyak dan tulisan perawat yang belum tentu bisa dibaca oleh petugas lain. Sistem dokumentasi yang berbasis IT (*Information and Technology*) ini akan membantu dalam memenuhi standar dokumentasi, dapat meringankan beban kerja perawat dan dapat meningkatkan kualitas dokumentasi dengan laporan yang dihasilkan akan terbaca secara otomatis. Laporan juga dapat memberikan data yang segera tersedia untuk mengetahui hari rawat klien, mengurangi biaya perawatan, audit, kontrol layanan kesehatan.

Catatan keperawatan berbasis elektronik diharapkan dapat meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien yang dirawat di rumah sakit. Bagi perawat, penggunaan sumber dokumentasi elektronik menjadi sangat relevan karena dengan adanya dokumentasi elektronik ini perawat memperoleh dan

menuangkan sebanyak mungkin informasi pasien yang sesuai kebutuhan. Belum banyak tinjauan integratif literatur yang ada berkaitan dengan penelitian hubungan antara dokumentasi keperawatan elektronik dan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien rawat inap. Perlu ditinjau lebih dalam mengenai literatur empiris agar metode ini mudah diterapkan dilapangan. Sampai saat ini, penggunaan dokumentasi keperawatan elektronik untuk meningkatkan hasil pasien masih belum perlu diaplikasikan untuk selanjutnya dilakukan penelitian. Penelitian dilakukan untuk mengetahui seberapa efektif interaksi sehari-hari antara perawat dan dokumentasi keperawatan elektronik untuk penyediaan perawatan berkualitas bagi pasien yang dirawat di rumah sakit. Mayoritas unit perawatan rumah sakit saat ini menggunakan dokumentasi keperawatan berbasis kertas untuk bertukar informasi pasien dengan perawatan berkualitas.

Catatan keperawatan elektronik digunakan dalam lembaga perawatan kesehatan untuk meningkatkan kualitas dan keamanan perawatan pasien. Metode ini dianggap penting dan direkomendasikan oleh penyedia layanan kesehatan di lembaga perawatan kesehatan untuk digunakan. Namun, ada tantangan yang terkait dengan dalam penerapan catatan keperawatan elektronik, seperti perlu fasilitas yang memadai dan kemampuan sumber daya manusia yang mumpuni untuk melakukannya. Namun demikian, tantangan-tantangan harus dicarikan solusinya, melihat dampaknya untuk meningkatkan efisiensi, dan sistem ini memiliki manfaat. Dalam organisasi layanan kesehatan, dokter dan perawat adalah penyedia layanan utama yang mendapat manfaat secara langsung atau tidak langsung dari sistem pendokumentasian elektronik selain dari pasien. Para

ahli kesehatan telah mengakui bahwa kemampuan perawat dan dokter untuk memanfaatkan pendokumentasian elektronik secara signifikan sangat efektif dalam perawatan pasien dan meningkatkan kesejahteraan pasien, mengurangi biaya untuk pelatihan dan mengurangi pengeluaran perawatan kesehatan. Namun, perawat memerlukan keterampilan dan pengetahuan untuk menggunakan pendokumentasian elektronik secara efektif, mereka mendapatkan pengetahuan melalui pelatihan dan pelatihan kerja.

Saat ini teknologi telah berkembang pesat, begitu pula dengan teknologi yang dikembangkan untuk mendukung kinerja keperawatan dalam hal dokumentasi yang berbentuk sistem dokumentasi keperawatan secara elektronik. Aplikasi ini berbasis teknologi IT yang akan mendukung dalam pencatatan dan pendokumentasian keperawatan terhadap suatu kasus pada pasien. Menurut hasil penelitian dari Sulastri (2008), menyatakan bahwa dokumentasi keperawatan elektronik yang telah ditujukan untuk meningkatkan catatan klien dan mempertahankan kualitas pengisian AAKGD.

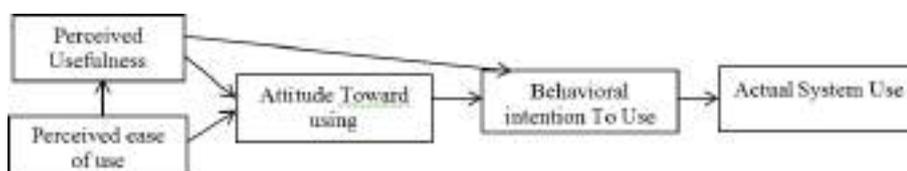
### **Technology Acceptance Model (TAM).**

*Technology Acceptance Model (TAM)* yang dikenalkan oleh Davis pada tahun 1989 adalah teori sistem informasi yang membuat model tentang bagaimana pengguna mau menerima dan menggunakan teknologi. TAM ini adalah salah satu model evaluasi kesuksesan sistem informasi dilihat dari penggunaan sistem. Model ini akan memberikan gambaran bahwa ada sejumlah faktor yang mempengaruhi keputusan pengguna dalam menggunakan sistem yang baru yakni kemanfaatan dan kemudahan (Jogiyanto, 2007).

Buku Jogiyanto (2007), menyatakan bahwa :

“Model penerimaan teknologi TAM pertama kalidikenalkan oleh Davis *et al.* tahun 1986, yang dikembangkan dari teori tindakan beralasan dari Ajzen dan Fishbein tahun 1980. Model ini merupakan suatu bentuk penerimaan sistem teknologi informasi yang akan digunakan oleh pemakai. TAM berargumentasi bahwa penerimaan individual terhadap sistem teknologi informasi ditentukan oleh dua faktor, yaitu persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) dan persepsi kemudahan (*perceived ease of use*). Keduanya mempunyai pengaruh ke minat perilaku (*behavioral intention*). Persepsi kemanfaatan juga mempengaruhi kemudahan (*perceived usefulness*), juga mempengaruhi kemudahan pengguna tetapi tidak sebaliknya.”

Penelitian TAM banyak diterapkan di situasi kultur yang berbeda, karena TAM berbasis pada permasalahan perilaku manusia (*behaviour*), maka diperkirakan dengan penerapan TAM dengan aplikasi, teknologi, dan pemakai yang sama dapat memberikan hasil yang berbeda karena adanya perbedaan kultur, terutama kultur negara yang berbeda. Model dasar penerimaan teknologi *Technology Acceptance Model*(TAM) sebagai berikut.



Gambar 2.1 *Technology Acceptance Model* (TAM)

Dalam buku Jogiyanto (2007), menyatakan teknologi penerimaan teknologi *Technology Acceptance Model* (TAM) sebelum dimodifikasi menggunakan lima konstruk utama, yaitu:

#### 1. Persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*)

Jogiyanto (2007), persepsi kemanfaatan didefinisikan sebagai sejauh mana seseorang percaya bahwa menggunakan suatu teknologi akan meningkatkan kinerja pekerjaannya (*the degree to which a person believes*

*that using a particular system would enhance his or her job performance*).

Demikian jika seseorang merasa percaya bahwa sistem informasi berguna maka seseorang akan menggunakannya, sebaliknya jika seseorang merasa percaya bahwa sistem informasi kurang berguna maka petugas tidak akan menggunakannya. Buku Jogiyanto (2007), penelitian-penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa konstruk persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) mempengaruhi secara positif dan signifikan terhadap penggunaan sistem informasi (misalnya Davis, 1989; Chau, 1996; Ingbaria et al., 1997; Sun, 2003). Buku Jogiyanto (2007), penelitian-penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa persepsi kemanfaatan merupakan konstruk yang paling banyak signifikan dan penting yang mempengaruhi sikap (*attitude*), minat perilaku (*behavioral intention*) dan perilaku (*behavior*) di dalam menggunakan teknologi dibandingkan konstruk yang lainnya.

## 2. Persepsi kemudahan (*Perceived Ease of Use*)

Jogiyanto (2007), persepsi kemudahan didefinisikan sejauh mana seseorang percaya bahwa menggunakan suatu teknologi akan bebas dari usaha (*the degree to which an individua believes that using a particular system would be free of physical and mental effort*). Dari definisi tersebut, dapat diketahui bahwa konstruk persepsi kemudahan penggunaan (*perceived ease of use*) merupakan kepercayaan tentang proses pengambilan keputusan. Jika seseorang merasa percaya bahwa sistem itu mudah digunakan maka ia akan menggunakannya, sebaliknya jika seseorang merasa tidak percaya bahwa

sistem informasi tidak mudah digunakan maka dia tidak akan menggunakannya.

3. Sikap terhadap perilaku (*Attitude Towards Using*)

Sikap terhadap perilaku (*attitude towards using*) didefinisikan sebagai pemikiran atau perasaan positif dan negatif seseorang dalam melakukan suatu perilaku tertentu (*an individuals positive or negative feelings about performing the target behaviour*). Jogiyanto (2007), menyatakan bahwa sikap terhadap perilaku dipahami sebagai evaluasi pemakai tentang ketertarikannya menggunakan sistem (*the users evaluation of the desirability of his or her using the system*). Berdasarkan definisi-definisi diatas dapat diketahui bahwa sikap terhadap perilaku berarti sikap menerima ataupun menolak teknologi informasi yang disajikan. Beberapa penelitian yang lain juga menunjukkan bahwa sikap (*attitude*) tidak memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap minat ke perilaku (*behavior intention*).

4. Minat Perilaku (*Behavioral Intention To Use*)

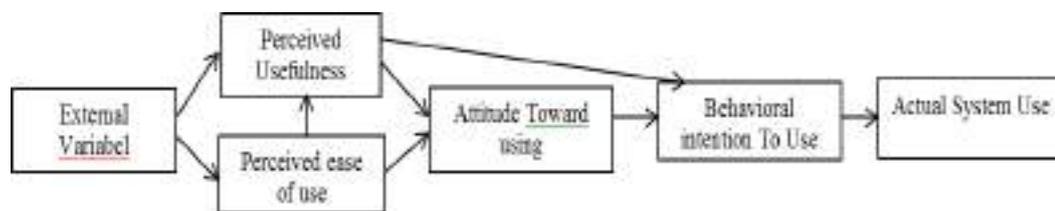
Jogiyanto (2007), minat perilaku (*behavioral intention*) merupakan suatu keinginan (minat) seseorang untuk melakukan suatu perilaku tertentu. Seseorang akan melakukan suatu perilaku jika mempunyai keinginan atau minat (*behavior intention*) untuk melakukannya. Tahap ini pengguna akan menunjukkan sikap penerimaan terhadap sistem informasi yang disediakan oleh rumah sakit dengan tetap menggunakannya. Buku Jogiyanto (2007), penelitian-penelitian terdahulu menunjukkan bahwa minat perilaku merupakan prediksi yang baik dari penggunaan teknologi oleh pemakai sistem.

##### 5. Penggunaan Sistem Secara Aktual (*Actual Sistem Use*)

Jogiyanto (2007), perilaku penggunaan (*behaviour*) merupakan tindakan yang dilakukan oleh seseorang. Dalam konteks penggunaan sistem teknologi informasi, yang dimaksud perilaku yaitu penggunaan sungguh-sungguh (*actual use*) yang didasarkan pada frekuensi dan durasi waktu penggunaan teknologi informasi. Dengan kata lain pengukuran penggunaan sesungguhnya (*actual use*) diukur sebagai jumlah waktu yang digunakan untuk berinteraksi dengan suatu teknologi dan besarnya frekuensi penggunaannya.

Model TAM mengkonsepkan bagaimana pengguna menerima dan menggunakan teknologi baru. Asalnya dari pendekatan teori psikologis untuk menjelaskan pengguna yang mengacu pada kepercayaan, sikap, minat dan hubungan. Buku Jogiyanto (2007), menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) dengan persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*), kemudian terdapat hubungan juga dari variabel persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) dengan sikap terhadap perilaku (*attitude towards using*). Dari variabel persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) terdapat hubungan juga dengan sikap terhadap perilaku (*attitude towards using*). Persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) terhadap hubungan langsung dengan minat perilaku (*behavioral intention to use*). Sedangkan untuk sikap terhadap perilaku (*attitude towards using*) terdapat hubungan dengan minat perilaku (*behavioral intention to use*) sedangkan dengan minat perilaku (*behavioral intention to use*) terdapat hubungan langsung dengan penggunaan sistem secara aktual (*actual system use*).

Jogiyanto (2007), berdasarkan hasil penelitian, model TAM menambahkan beberapa variabel eksternal yang menerangkan lebih lanjut atau menjadi penyebab dari persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) dan kemudahan penggunaan (*perceived ease of use*). Model TAM yang telah dikembangkan dan sering digunakan sebagai berikut.



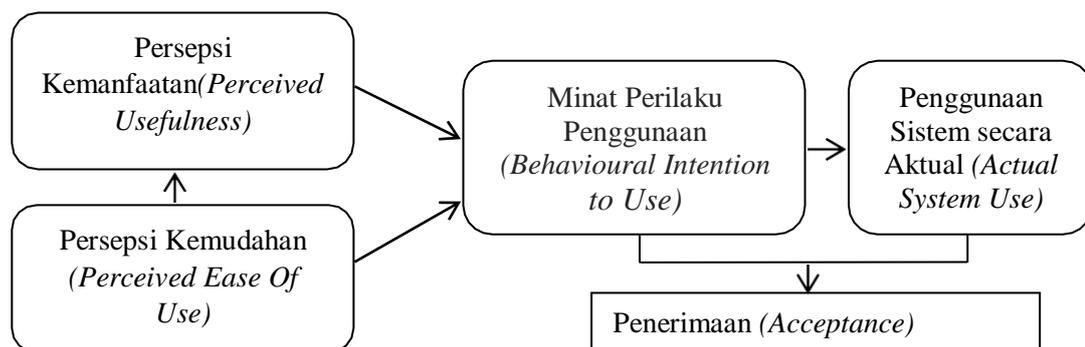
Gambar 2.2 *Technology Acceptance Model (TAM) dengan Variabel External*

Variabel eksternal ini merupakan variabel-variabel tambahan yang mempengaruhi seseorang dalam menggunakan teknologi informasi. Variabel eksternal tidak mempunyai pengaruh secara langsung kepada sikap dan perilaku seseorang untuk menggunakan teknologi informasi, tetapi variabel eksternal ini sangat penting dalam mempengaruhi persepsi kemanfaatan dan persepsi kemudahan dalam menjembatani sikap dan kepercayaan seseorang karena adanya perbedaan karakter.

Banyak penelitian yang mengembangkan model TAM dengan menambah konstruk variabel eksternal, seperti dalam buku Jogiyanto (2007), peneliti yang menggunakan konstruks variabel eksternal yaitu Agrawal dan Prasad (1998), Kim (2005), Iqbaria et al., (1995), dan lain-lain.

Seiring dengan perkembangan, model TAM telah mengalami banyak modifikasi. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Al Gahtani (2001), dalam penelitian tersebut variabel minat perilaku menggunakan teknologi (*behavioral*

*intention*) dan penggunaan teknologi (*actual use*) digantikan oleh variabel penerimaan teknologi (*IT accepted*), karena pada dasarnya variabel minat menggunakan teknologi (*behavioral intention*) dan penggunaan teknologi (*actual use*) merupakan indikator untuk mengukur *IT acceptance*. Model ini telah diterapkan dalam beberapa penelitian.



Gambar 2.3 Modifikasi Model TAM Chuttur (2009) dan Gahtani (2001)

Model TAM banyak digunakan dan dikembangkan oleh para peneliti lainnya. Oleh karena itu, dalam perkembangannya telah mengalami modifikasi, yang dikutip oleh Chuttur (2009), modifikasi model TAM yaitu dengan mengeliminasi variabel sikap terhadap penggunaan (*attitude toward using*). Peneliti lainnya yaitu Gahtani (2001), juga memodifikasi model TAM dengan menggabungkan variabel perilaku penggunaan (*behavioural intention to use*) dan penggunaan sistem secara aktual (*actual system use*) menjadi variabel penerimaan (*acceptance*).

Model TAM inimenunjukkan bahwa persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) dan persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) berpengaruh secara langsung terhadap penerimaan teknologi informasi. Model TAM seperti ini juga telah diuji oleh beberapa peneliti, yang menunjukkan bahwa persepsi kegunaan dan persepsi kemudahan berpengaruh penerimaan penggunaan.

Penerimaan (*acceptance*) ini sebenarnya meliputi variabel minat perilaku penggunaan sistem informasi dan penggunaan sistem informasi secara aktual yaitu dimana penilaian untuk mengetahui jika teknologi yang dimaksud yaitu EMR benar-benar diterima oleh pengguna, maka dapat diketahui dari indikator manakala pengguna selalu menggunakan, selalu mengakses, maupun tercipta kepuasan penggunaannya.

### **Karakteristik Individu**

Karakteristik individu adalah perbedaan individu dengan individu lainnya. Sumber daya yang terpenting dalam organisasi adalah sumberdaya manusia, orang-orang memberikan tenaga, bakat, kreatifitas, dan usaha mereka dalam organisasi agar suatu organisasi tetap eksistensinya. Setiap manusia memiliki karakteristik individu yang berbeda antara satu dengan yang lainnya.

Karakteristik individu merupakan suatu proses teknologi yang mempengaruhi individu dalam memperoleh, mengkonsumsi serta menerima barang dan jasa serta pengalaman. Karakteristik individu mencakup usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja (Robbins, 2007).

### **Pengertian Jenis Kelamin**

Faktor jenis kelamin merupakan salah satu variabel yang dapat memberikan perbedaan antara pria dan wanita. Perbedaan yang ada seperti bentuk, sifat, dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan yang jelas tentu berbeda. Dalam artian jenis kelamin ini bisa disebut sebagai variabel untuk pembeda. Menurut hasil penelitian dari Pipit, *et. al.* (2015), menyatakan bahwa dalam studi psikologi telah menemukan bahwa wanita lebih bersedia untuk memenuhi wewenang, dan pria

lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses.

### **Pengertian Umur atau Usia**

Umur atau usia adalah waktu yang mengukur keberadaan suatu benda atau makhluk, yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur dihitung. Oleh karena itu, umur diukur dari tarikh lahir sehingga tarikh semasa (kini) (DEPKES RI, 2009). Umur harus mendapatkan perhatian karena akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Karyawan muda pada umumnya mempunyai fisik yang kuat, dinamis dan kreatif tetapi cepet bosan, kurang bertanggung jawab, cenderung absensi dan *turnover*nya tinggi. Karyawan yang umumnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, tanggung jawabnya besar serta absensinya dan *turnover*nya rendah.

### **Pengertian Pendidikan**

DEPKES RI(2009), Pendidikan adalah “pembelajaran pengetahuan, ketrampilan, dan kebiasaan sekelompok orang yang ditransfer dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui pengajaran, pelatihan, atau penelitian”. Pengertian pendidikan lainnya yaitu segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan sering terjadi atas bimbingan orang lain. Dengan bimbingan yang diberikan tersebut akan menambah pengetahuan atau ilmu baru. Maka dari itu pendidikan juga penting

dalam kelangsungan hidup manusia agar dapat meningkatkan pola pikir yang nantinya akan berdampak pada kinerja seseorang.

### **Pengertian Masa Kerja**

Masa kerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja bekerja di suatu tempat (Handoko, 2010). Masa kerja adalah jangka waktu dimana petugas melakukan suatu pekerjaan. Masa kerja dapat digambarkan berapa lama petugas melakukan pekerjaannya hingga menguasai bidang yang telah ditekuni.

### **Teknik Pembuatan Distribusi Frekuensi**

Distribusi frekuensi disusun bila jumlah data yang akan disajikan cukup banyak, sehingga jika disajikan dalam tabel biasa menjadi tidak efisien dan kurang komunikatif (Sugiyono, 2017)

Buku Riduwan (2003), menjelaskan langkah-langkah teknik pembuatan distribusi frekuensi dilakukan sebagai berikut:

- a. Urutkan data terkecil sampai terbesar
- b. Hitung jarak atau rentangan.
- c. Tentukan jumlah kelas yang akan digunakan
- d. Hitung panjang kelas interval (P)

$$P = \frac{(X_{\text{maks}} - X_{\text{min}})}{h}$$

- e. Tentukan batas terendah atau ujung data pertama, dilanjutkan dengan menghitung kelas interval, caranya menjumlahkan ujung bawah kelas sampai pada data akhir.

- f. Buat tabel sementara dengan cara hitung satu demi satu yang sesuai dengan urutan interval.
- g. Membuat tabel distribusi frekuensi dengan memindahkan semua frekuensi.

### **Uji Spearman**

Uji *spearman* merupakan metode korelasi yang dikemukakan oleh Carl Spearman pada tahun 1904. Metode ini diperlukan untuk mengukur keeratan hubungan antar dua variabel. Kedua variabel ini tidak harus mengikuti distribusi normal dan kondisi variabel tidak diketahui sama. Korelasi *spearman* dipergunakan apabila pengukuran kuantitatif secara ekstrak tidak mungkin dilakukan. Data kedua variabel berpasangan, misalnya mengukur tingkat moral, tingkat kesenangan, tingkat motivasi dan sebagainya (Sugiyono, 2009). Uji *spearman* merupakan uji komperatif non paramteris karena menggunakan skala ordinal atau nominal. Skala ordinal yaitu skala pengukuran yang digunakan dalam penelitian untuk membedakan data, sekaligus mengandung unsur peringkat atau tingkatan melalui penilaian tertentu (Sugiyono, 2009).

Dalam buku Sugiyono (2014), dasar pengambilan keputusan dalam uji korelasi *spearman* dalam aplikasi SPSS :

Nilai sig. ini akan dibandingkan dengan tingkat kesalahan ( $\alpha$ ) yaitu 5% atau 0.050, dengan kriteria sebagai berikut:

1. Ho ditolak jika nilai Sig. <0.050 maka dapat disimpulkan bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara variabel yang dihubungkan.
2. Ho diterima jika nilai sig. >0.050 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat korelasi yang signifikan anatar variabel yang dihubungkan.

## **Variabel Penelitian**

Variabel-variabel ini didefinisikan secara jelas sehingga tidak menimbulkan pengertian ganda. Pengertian variabel merupakan konsep yang memiliki berbagai nilai. Buku Sugiyono (2017), mendefinisikan bahwa yang dimaksud dengan variabel adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Macam-macam variabel dalam penelitian ini adalah:

### 1. Variabel Independen (Bebas)

Buku Sugiyono (2017), mendefinisikan bahwa variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau terjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat). Jadi, variabel ini sifatnya menerangkan dan mempengaruhi variabel lain yang tidak bebas. Variabel bebas pada penelitian ini adalah persepsi kemanfaatan dan persepsi kemudahan.

### 2. Variabel Dependen (Terikat)

Buku Sugiyono (2017), mendefinisikan bahwa variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (independent). Variabel terikat pada penelitian ini adalah penerimaan (*acceptance*) AAKGD Elektronik.

### 3. Variabel Intervening (Antara)

Buku Sugiyono (2017), mendefinisikan bahwa variabel intervening atau variabel antara adalah variabel yang secara teoritis mempengaruhi hubungan antara variabel independen dengan dependen menjadi hubungan tidak langsung. Variabel antara pada penelitian ini adalah minat perilaku

pengguna AAKGD Elektronik dan penggunaan sistem secara aktual AAKGD  
Elektronik.