

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Definisi Rumah Sakit**

Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Rumah sakit merupakan garda terdepan rujukan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sehingga kompetensi dan keterampilan setiap tenaga medis sangat dibutuhkan. Berdasarkan Undang-undang RI No. 44, 2009 Tentang Rumah Sakit, Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna berarti pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Promotif artinya kegiatan pelayanan kesehatan berfokus pada peningkatan kesehatan, preventif artinya pencegahan penyakit, kuratif artinya penyembuhan penyakit, dan rehabilitatif artinya pemulihan kesehatan.

Rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Sasaran pelayanan kesehatan rumah sakit bukan hanya untuk individu pasien, tetapi juga berkembang untuk keluarga pasien dan masyarakat umum. Atas dasar tersebut pelayanan kesehatan di rumah sakit

merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna (Herlambang & Muwarni, 2012:106).

Kesimpulan yang dapat ditarik dari definisi diatas yaitu bahwa rumah sakit adalah suatu organisasi yang memiliki fungsi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan serta mewujudkan derajat kesehatan bagi masyarakat secara paripurna, Juga diselenggarakan atas dasar pancasila dengan profesional, anti diskriminasi, dan penuh keadilan dalam memberikan perlindungan serta keselamatan bagi pasien.

### **2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit**

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit dibedakan menjadi 2 yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan (PERMENKES RI No 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit).

Rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasi berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Klasifikasi rumah sakit umum sebagaimana terdapat pada Undang-undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, terdiri atas :

1. Rumah Sakit Umum Kelas A
2. Rumah Sakit Umum Kelas B

3. Rumah Sakit Umum Kelas C
4. Rumah Sakit Umum Kelas D

Klasifikasi rumah sakit umum sebagaimana terdapat pada Undang-undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, terdiri atas :

1. Rumah Sakit Khusus Kelas A
2. Rumah Sakit Khusus Kelas B
3. Rumah Sakit Khusus Kelas C

### **2.1.3 Fungsi dan Tujuan Rumah Sakit**

Untuk menjalankan tugasnya sesuai dengan pasal 4 yang diatur dalam Undang-undang RI No. 44 Tahun 2009 yang berbunyi “Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara priipurna”, rumah sakit mempunyai fungsi yaitu :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
4. Penyelenggara penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Adapun tujuan rumah sakit sesuai dengan Undang-undang RI No. 44 Tahun 2009, tujuan rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

## **2.2 Rekam Medis**

### **2.2.1 Definisi Rekam Medis**

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, Bab 1 pasal 1).

Menurut Departemen Kesehatan (Depkes RI, 2006) Rekam Medis merupakan berkas yang berisikan informasi tentang identitas pasien, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan yang diberikan kepada pasien serta pengobatan baik yang rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapat perawatan gawat darurat. Dalam artian sederhana rekam medis hanyalah berkas catatan yang berisikan tentang segala kondisi pasien, namun bila dikaji lebih dalam rekam medis memiliki makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa karena di dalam rekam medis sudah menyangkut seluruh informasi pasien mulai dari identitas, pengobatan serta tindakan, hal tersebutlah

yang akan menjadi bukti tertulis sebagai dasar pertanggung jawaban rumah sakit atas tindakan yang sudah diberikan untuk pasien. Dari pengertian tersebut dapat menjelaskan bahwa rekam medis merupakan berkas penting yang harus disimpan dan dijaga dengan baik (Pribadi et al., 2018).

### **2.2.2 Tujuan Rekam Medis**

Menurut Huffman (1994), tujuan utama dari rekam medis adalah sebagai dokumen kehidupan pasien yang memadai dan akurat dan sebagai sejarah kesehatannya, yang menyangkup penyakit-penyakit dan perawatan-perawatan yang diberikan pada masa lampau dan saat ini.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008) Bab V pasal 13 menyebutkan bahwa pemanfaatan rekam medis dapat digunakan sebagai :

1. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien.
2. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan kedokteran gigi.
3. Keperluan pendidikan dan penelitian.
4. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan, dan
5. Dasar statistik kesehatan.

### **2.2.3 Isi Rekam Medis**

Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas atau secara elektronik. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan, pasien rawat inap dan pasien gawat darurat telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No 269 tahun 2008 Bab II pasal 3.

Untuk isi rekam medis pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesa, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
5. Diagnosa
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan/atau tindakan
8. Pelayanan lain yang diberikan kepada pasien
9. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
10. Perseetujuan tindakan apabila diperlukan

Sedangkan isi rekam medis pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnese, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
5. Diagnosa
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan/atau tindakan

8. Persetujuan tindakan bila diperlukan
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
10. Ringkasan pulang
11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
12. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
13. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

Adapun isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat :

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnese, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
5. Diagnosa
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan/atau tindakan
8. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
9. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
10. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain

11. Pelayanan lain yang diberikan kepada pasien

#### **2.2.4 Kepemilikan Rekam Medis**

Sesuai dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 tahun (2004), berkas rekam medis menjadi milik dokter, dokter gigi, atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi dari berkas rekam medis berupa ringkasan dan lampiran dokumen merupakan milik pasien yang dapat dicatat, ditulis atau di *copy* oleh pasien.

#### **2.3 Rekam Medis Elektronik (RME)**

Electronic Medical Record atau dalam bahasa Indonesia biasa disebut Rekam Medis Elektronik (RME) sudah banyak digunakan di berbagai rumah sakit di dunia sebagai pengganti atau pelengkap rekam medis kesehatan berbentuk kertas.

Sejalan dengan perkembangannya, RME menjadi jantung informasi dalam sistem informasi rumah sakit. Namun demikian para tenaga kesehatan dan pengelola sarana pelayanan kesehatan masih ragu untuk menggunakannya karena belum ada peraturan perundangan yang secara khusus mengatur penggunaannya. Sejak dikeluarkannya Undang-Undang Informasi dan Transaksi Elektronik (UU ITE) No 11 Pasal 40 ayat 4 Tahun 2016 yang berbunyi,

“Instansi atau institusi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus membuat dokumen elektronik dan rekam cadangan elektroniknya serta menghubungkannya ke pusat data tertentu untuk kepentingan pengamanan data”.

Hal tersebut telah memberikan jawaban atas keraguan yang ada. UU ITE memberikan peluang untuk implementasi RME.

Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 sebenarnya telah diundangkan saat RME sudah banyak digunakan di luar negeri, namun belum mengatur mengenai

RME. Begitu pula dengan Peraturan Menteri Kesehatan N0. 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis belum sepenuhnya mengatur mengenai RME. Hanya pada Bab II pasal 2 ayat 1 dijelaskan bahwa,

“Rekam medik harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas atau secara elektronik”.

Berdasarkan pernyataan diatas maka secara tersirat sudah memberikan ijin kepada sarana pelayanan kesehatan membuat rekam medis secara elektronik (RME) (Ali & Angesti, 2019).

### **2.3.1 Manfaat Rekam Medis Elektronik**

Menurut Apriliyani (2021) terdapat 3 manfaat RME yaitu manfaat secara umum, manfaat operasional dan manfaat bagi organisasi, sebagai berikut :

#### **1. Manfaat RME Secara Umum**

RME akan meningkatkan profesionalisme dan kinerja manajemen rumah sakit. Pasien secara langsung akan menikmati kemudahan, kecepatan, dan kenyamanan pelayanan kesehatan. Bagi para dokter, petugas rekam medis dan tenaga kesehatan lainnya sebagai pengguna RME, RME memungkinkan diberlakukannya standar praktek kedokteran yang baik dan benar. Pengelola rumah sakit, RME menolong menghasilkan dokumentasi yang *auditable* dan *accountable* sehingga mendukung koordinasi antar bagian dalam rumah sakit. Disamping itu RME membuat setiap unit akan bekerja sesuai fungsi, tanggung jawab dan wewenangnya.

#### **2. Manfaat Operasional RME**

Rekam Medis Elektronik diimplementasikan paling tidak ada empat faktor operasional yang akan dirasakan, yakni :

- 1) Kecepatan penyelesaian pekerjaan-pekerjaan administrasi. Ketika dengan sistem manual pengerjaan penelusuran berkas sampai dengan pengembaliannya ketempat yang seharusnya pastilah memakan waktu, terlebih jika pasiennya cukup banyak. Kecepatan ini berdampak membuat efektifitas kerja meningkat.
- 2) Faktor akurasi khususnya akurasi data, apabila dulu dengan sistem manual orang harus mengecek satu demi satu berkas, namun sekarang dengan RME data pasien akan lebih tepat dan benar karena campur tangan manusia lebih sedikit, hal lain yang dapat dicegah adalah terjadinya duplikasi data untuk pasien yang sama. Misalnya, pasien yang sama di registrasi 2 kali pada waktu yang berbeda, maka sistem akan menolaknya, RME akan memberikan peringatan jika tindakan yang sama untuk pasien yang sama dicatat 2 kali, hal ini menjaga agar data lebih akurat dan user lebih teliti.
- 3) Faktor efisiensi, karena kecepatan dan akurasi data meningkat, maka waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi berkurang jauh, sehingga karyawan dapat lebih fokus pada pekerjaan utamanya.
- 4) Kemudahan pelaporan. Pekerjaan pelaporan adalah pekerjaan yang menyita waktu namun sangat penting. Dengan adanya RME, proses pelaporan tentang kondisi kesehatan pasien dapat disajikan hanya memakan waktu dalam hitungan menit sehingga kita dapat lebih konsentrasi untuk menganalisa laporan tersebut.

### 3. Manfaat RME Bagi Organisasi

Karena SIMRS ini mensyaratkan kedisiplinan dalam pemasukan data, baik ketepatan waktu maupun kebenaran data, maka budaya kerja yang sebelumnya menanggukkan hal-hal seperti itu menjadi berubah. Seringkali data RME diperlukan juga oleh unit layanan yang lain. Jadi RME menciptakan koordinasi antar unit semakin meningkat. Seringkali orang menyatakan bahwa dengan adanya komputerasi biaya administrasi meningkat. Padahal dalam jangka panjang yang terjadi adalah sebaliknya, jika dengan sistem manual kita harus membuat laporan lebih dulu di atas kertas, baru kemudian dianalisis, maka dengan RME analisa cukup dilakukan di layar komputer, dan jika sudah benar baru datanya dicetak. Hal ini menjadi penghematan biaya yang cukup signifikan dalam jangka panjang.

#### **2.3.2 Kelebihan Dan Kelemahan Rekam Medis Elektronik**

Menurut Setyawan (2017) Rekam Medis Elektronik (RME) memiliki kelebihan dan kekurangan antara lain :

##### 1. Kelebihan Rekam Medis Elektronik

- 1) Tingkat kerahasiaan dan keamanan dokumen elektronik semakin tinggi dan aman. Salah satu bentuk pengamanan yang umum adalah RME dapat dilindungi dengan sandi sehingga hanya orang tertentu yang dapat membuka berkas asli atau salinannya yang diberikan pada pasien, ini membuat keamanannya lebih terjamin dibandingkan dengan rekam medik konvensional/manual.

- 2) Penyalinan atau pencetakan RME juga dapat dibatasi, seperti yang telah dilakukan pada berkas multimedia (lagu atau video) yang dilindungi hak cipta, sehingga hanya orang tertentu yang telah ditentukan yang dapat menyalin atau mencetaknya.
- 3) RME memiliki tingkat keamanan lebih tinggi dalam mencegah kehilangan atau kerusakan dokumen elektronik, karena dokumen elektronik jauh lebih mudah dilakukan '*back-up*' dibandingkan dokumen konvensional.
- 4) RME memudahkan penelusuran dan pengiriman informasi dan membuat penyimpanan lebih ringkas. Dengan demikian, data dapat ditampilkan dengan cepat sesuai kebutuhan.
- 5) RME dapat menyimpan data dengan kapasitas yang besar, sehingga dokter dan staf medik mengetahui rekam jejak dari kondisi pasien berupa riwayat kesehatan sebelumnya, tekanan darah, obat yang telah diminum dan tindakan sebelumnya sehingga tindakan lanjutan dapat dilakukan dengan tepat dan berpotensi menghindari *medical error*.

## 2. Kelemahan Rekam Medis Elektronik

- 1) Membutuhkan investasi awal yang lebih besar daripada rekam medik kertas, untuk perangkat keras, perangkat lunak dan biaya penunjang (seperti listrik).
- 2) Waktu yang diperlukan oleh *key person* dan dokter untuk mempelajari sistem dan merancang ulang alur kerja.
- 3) Konversi rekam medik kertas ke rekam medik elektronik membutuhkan waktu, sumber daya, tekad dan kepemimpinan.

- 4) Risiko kegagalan sistem komputer.
- 5) Masalah keterbatasan kemampuan penggunaan komputer dari penggunanya.
- 6) Belum adanya standar ketetapan RME dari pemerintah.

### **2.3.3. Perbandingan Rekam Medis Elektronik dengan Rekam Medis Manual**

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusumah (2022) menjelaskan bahwa sistem rekam medis elektronik lebih baik dan cepat dibandingkan rekam medis manual, karena dapat menambah atau melihat data pasien diakses di komputer bagian-bagian rumah sakit yang tersambung ke server LAN. Sedangkan rekam medis manual harus melalui pencarian di ruang penyimpanan yang membutuhkan waktu lebih lama. Disamping itu kapasitas penyimpanan rekam medis elektronik dapat lebih besar karena penyimpanannya yang virtual serta seiring berkembangnya teknologi yang memungkinkan perangkat penyimpanan memiliki dimensi semakin kecil. Sedangkan rekam medis manual masih mengandalkan besarnya ruang penyimpanan dan rak map file.

### **2.3.4 Standar Operasional Prosedur Rekam Medis Elektronik**

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah dokumen yang berkaitan dengan prosedur yang dilakukan secara kronologis untuk menyelesaikan suatu pekerjaan yang bertujuan untuk memperoleh hasil kerja yang paling efektif dari para pekerja dengan biaya yang serendah-rendahnya. SOP biasanya terdiri dari manfaat, kapan dibuat atau direvisi, metode penulisan prosedur, serta dilengkapi oleh bagan lowchart di bagian akhir (Meianti et al., 2018).

Dengan adanya SOP, akan memudahkan dalam pencapaian tujuan organisasi dan tentu tidak akan mengubah tata laksana pengelolaan rekam medis meskipun dilaksanakan oleh petugas baru maupun mahasiswa magang. Dengan tidak adanya standar baku yang ditetapkan akan mempersulit petugas dalam pelaksanaan pengelolaan rekam medis karena petugas akan kebingungan terhadap tata laksana pengelolaan rekam medis, terutama petugas baru.

Standar Prosedur Operasional (SOP) Rekam Medis ini berisi tujuan, kebijakan yang dibuat oleh direktur, dan prosedur pelaksanaan terkait penggunaan RME serta bisa ditambahkan dengan cara mengatasi masalah pada sistem RME.

#### **2.4 Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)**

Model *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) adalah suatu teori penerimaan terhadap sebuah teknologi informasi yang dikembangkan oleh Venkatesh et al pada tahun 2003. Teori ini merupakan gabungan untuk melengkapi dan memperbaiki dari delapan teori atau model lain yang telah ada sebelumnya. Kedelapan model yang disatukan dalam UTAUT adalah :

1. *Theory of Reason Action* (TRA)
2. *Theory Planned Behaviour* (TPB)
3. *Technology Accaptance Model* (TAM)
4. *Motivational Model* (MM)
5. *Combined TAM and TPB* (C-TAM-TPB)
6. *Model Of PC Utilization* (MPCU)
7. *Innovation Deffusion Theory* (IDT)

## 8. *Social Cognitive Theory* (SCT).

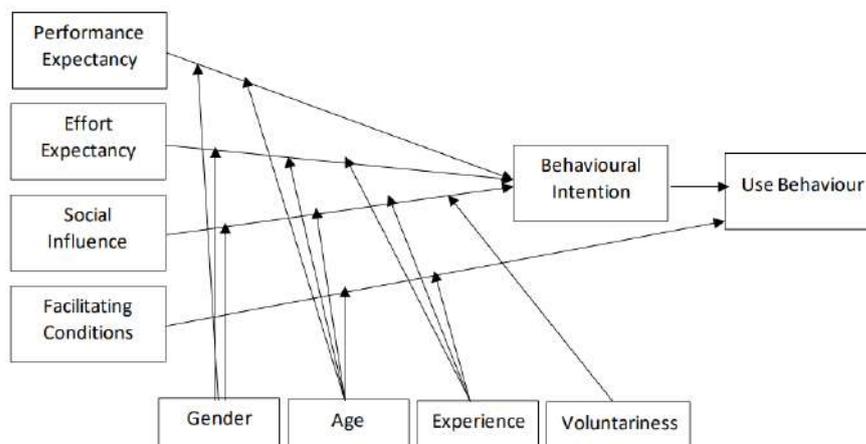
UTAUT terbukti hingga 70% lebih berhasil dalam menjelaskan varian niat menggunakan teknologi dibanding kedelapan teori yang lain (Venkatesh et al., 2003). Berikut merupakan penjelasan dari kedelapan teori acuan yang mendasari model UTAUT terdapat pada tabel :

Tabel 2. 1 Teori-Teori Acuan Yang Mendasari UTAUT  
(Sumber: Venkatesh et al., 2003)

No	Nama Teori	Pengertian
1	<i>Theory of Reason Action</i> (TRA) oleh Fishbein dan Ajzen (1975)	Diambil dari psikologi sosial, TRA merupakan salah satu teori penelitian mengenai perilaku manusia (human behavior) yang paling mendasar dan berpengaruh. TRA telah digunakan dalam berbagai penelitian untuk memprediksi berbagai jenis perilaku.
2	<i>Theory Plannded Behaviour</i> (TPB) oleh Ajzen (1988)	TPB merupakan perkembangan dari TRA dengan menambahkan variabel <i>perceived behavioral control</i> . <i>Perceived behavioral control</i> merupakan teori yang menjadi penentu tambahan <i>intention</i> dan <i>behavior</i> .
3	<i>Technology Accaptance Model</i> (TAM) oleh Davis (1989)	TAM dirancang untuk penelitian dengan konteks sistem informasi dan dirancang untuk memprediksi penerimaan dan penggunaan teknologi informasi di tempat kerja. TAM telah banyak diterapkan dalam berbagai jenis teknologi dan pengguna.
4	<i>Motivational Model</i> (MM) oleh Davis (1992)	Sejumlah besar penelitian psikologi telah mendukung teori motivasi umum sebagai penjelasan terhadap suatu perilaku. Beberapa studi telah meneliti teori motivasi dan mengadaptasinya untuk konteks tertentu. MM menerapkan teori motivasi untuk memahami adopsi dan penggunaan teknologi baru.
5	<i>Combined TAM and TPB</i> (C-TAM-TPB) oleh Taylor dan Todd (1995)	Model ini menggabungkan prediktor TPB dengan variabel <i>perceived usefulness</i> dari TAM untuk menyediakan model <i>hybrid</i> . Model ini dapat menjelaskan prediktor dalam penerimaan dan perilaku pengguna suatu teknologi.
6	<i>Model Of PC Utilization</i> (MPCU) oleh Thomson (1991)	Memprediksi utilitas PC yang sesuai untuk meneliti penerimaan individu dan penggunaan berbagai jenis teknologi.
7	<i>Innovation Deffusion</i>	Dalam konteks sistem informasi IDT

No	Nama Teori	Pengertian
	<i>Theory</i> (IDT) oleh Rogers (1962)	mengadaptasi karakteristik inovasi dan menyempurnakannya dengan serangkaian variabel yang dapat digunakan untuk meneliti penerimaan individu terhadap suatu teknologi. IDT dapat mendukung dalam penelitian predictive validity terhadap karakteristik inovasi.
8	<i>Social Cognitive Theory</i> (SCT) oleh Badura (1977)	SCT merupakan salah satu teori perilaku manusia yang paling kuat. Model SCT mempelajari penggunaan komputer dan memungkinkannya untuk dikembangkan dalam penelitian penerimaan teknologi informasi secara umum. Model asli SCT menggunakan usage sebagai variabel dependen dengan tetap memprediksi penerimaan individu.

Berdasarkan kedelapan teori yang telah disebutkan diatas tersebut sehingga menghasilkan sebuah teori baru yaitu UTAUT. Model UTAUT ini menjelaskan beberapa variabel utama yang mempengaruhi minat perilaku (*behavioral intention*), dan perilaku pengguna (*use behavior*) diantaranya terdiri dari: ekspektasi kinerja (*performance expectancy*), ekspektasi usaha (*effort expectancy*), pengaruh sosial (*social influence*), dan kondisi fasilitas (*facilitating condition*) yang merupakan intensitas atau frekuensi pemakai dalam menggunakan teknologi informasi (Venkatesh et al., 2003). Selain itu model ini juga mempunyai empat variabel moderasi, yakni: jenis kelamin (*gender*), umur (*age*), pengalaman (*experience*), kesukarelaan penggunaan (*voluntariness of use*) (Indrawati, 2017).



Gambar 2. 1 Teori UTAUT (Venkatesh et al., 2003)

Berdasarkan pada gambar 2.3 Teori UTAUT diatas, menjelaskan bahwa terdapat tiga variabel yang secara langsung mempengaruhi minat perilaku (*behavioral intention*) yaitu ekspektasi kinerja (*performance expectancy*), ekspektasi usaha (*effort expectancy*), dan pengaruh sosial (*social influence*). Serta dua faktor yang mempengaruhi perilaku pengguna (*use behavior*) yaitu minat perilaku (*behavioral intention*) dan kondisi fasilitas (*facilitating condition*). Berikut juga terdapat empat variabel moderator yang memiliki pengaruh signifikan yaitu jenis kelamin (*gender*), umur (*age*), pengalaman (*experience*), kesukarelaan penggunaan (*voluntariness of use*).

Berikut menunjukkan variabel pembentuk UTAUT disertai dengan definisi, asal variabel dan keterangan dari asal variabel.

Tabel 2. 2 Penjelasan Terkait Variabel UTAUT (Sumber: Indrawati, 2017)

Variabel UTAT	Definis	Asal Variabel	Keterangan
Ekspektasi Kinerja ( <i>Performance Expectancy</i> )	Keyakinan individu bahwa ketika mereka menggunakan suatu produk/layanan akan	Persepsi Kegunaan	Didefinisikan sebagai sejauh mana seseorang yakin bahwa dengan menggunakan sistem

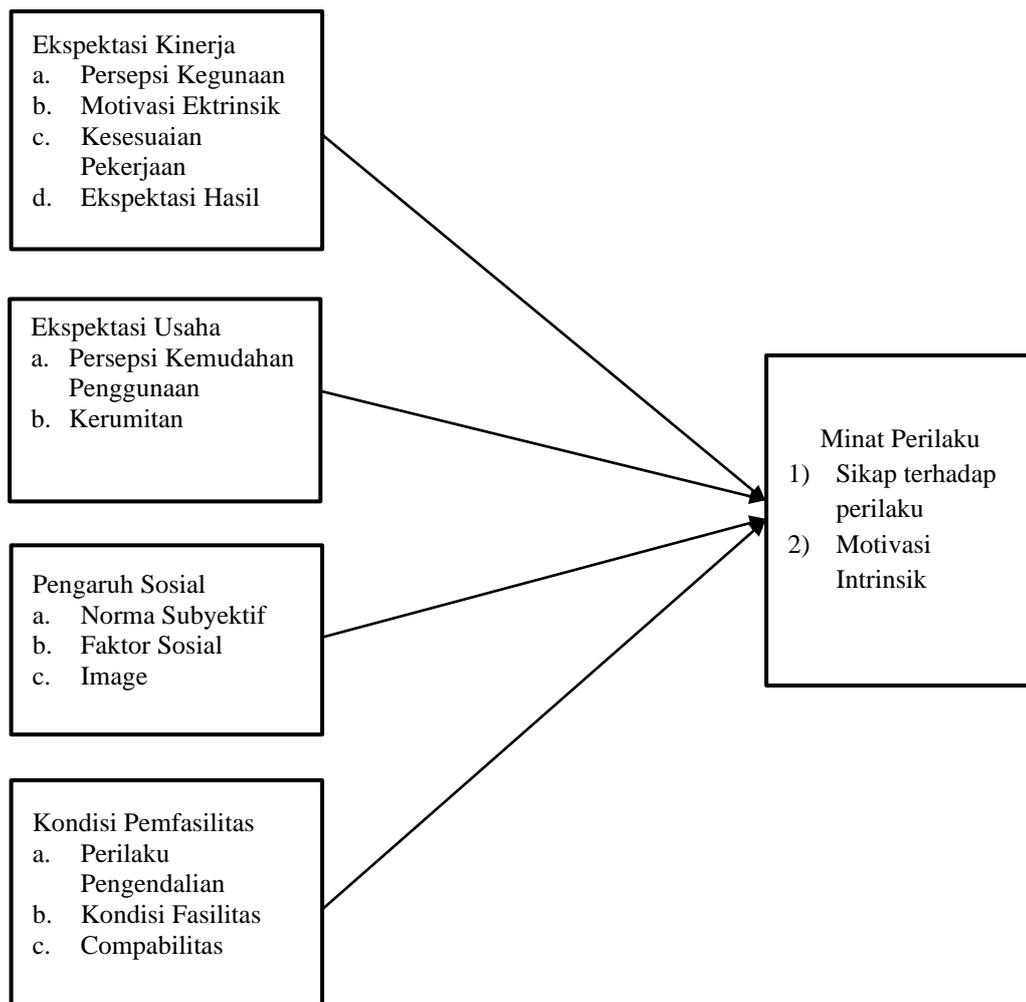
Variabel UTAT	Definis	Asal Variabel	Keterangan
	membantu meningkatkan kinerja dalam kegiatan mereka.		tertentu akan meningkatkan performa kerjanya.
		Motivasi Ekstrinsik	Persepsi dimana seseorang akan mau melakukan aktivitas tertentu karena hal tersebut dianggap penting untuk mencapai hasil yang terpisah dari aktivitas itu sendiri, misalnya peningkatan kinerja, bayaran, atau promosi
		Kesesuaian Pekerjaan	Kapabilitas sistem dalam meningkatkan performansi kerja individu
		Keuntungan Relatif	Sejauh mana menggunakan inovasi dipersepsikan lebih baik dibandingkan keadaan sebelumnya.
		Ekspektasi Hasil	Berkaitan dengan konsekuensi dari perilaku.
Ekspektasi Usaha ( <i>Effort Expectancy</i> )	Tingkat kemudahan dalam menggunakan produk/layanan yang baru.	Persepsi Kemudahan Penggunaan	Sejauh mana seseorang percaya bahwa menggunakan sebuah sistem akan bebas dari upaya tertentu.
		Kerumitan	Sejauh mana sistem dipersepsikan sulit untuk dipahami dan digunakan.
Pengaruh Sosial ( <i>Social Influence</i> )	Tingkatan dimana individu menganggap bahwa orang-orang yang penting baginya percaya bahwa ia	Norma Subyektif	Persepsi seseorang bahwa ia seharusnya atau tidak seharusnya melakukan perilaku tertentu.

Variabel UTAT	Definis	Asal Variabel	Keterangan
	sebaiknya menggunakan produk/layanan yang dimaksud.	Faktor Sosial	Internalisasi individu terhadap kultur kelompok referensinya dan kesepakatan interpersonal yang telah individu buat dengan orang lain, dalam situasi sosial tertentu.
		Image	Sejauh mana inovasi dianggap dapat meningkatkan citra atau status seseorang dalam sistem sosialnya.
Kondisi Fasilitas ( <i>Facilitating Conditions</i> )	Tingkatan dimana seseorang individu yakin bahwa organisasi dan struktur teknis ada dan mendukung penggunaan produk/layanan teknologi baru.	Perilaku Pengendalian	Persepsi terhadap kendala internal maupun eksternal pada perilaku.
		Kondisi Fasilitas	Faktor objektif yang membuat seseorang mudah menggunakan teknologi tertentu.
		Compatibilitas	Sejauh mana sebuah inovasi dianggap konsisten terhadap nilai, kebutuhan, dan pengalaman dari <i>potential adapter</i> .
Minat Perilaku ( <i>Behavioral Intention</i> )	Kesiapan, hasrat atau kemungkinan subjektif seseorang untuk melakukan perilaku tertentu	Sikap terhadap perilaku	Sejauh mana seseorang akan menggunakan suatu teknologi tertentu dimasa yang akan datang.
		Motivasi intrinsik	

## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL

#### 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual Penelitian

*Sumber : Viswanath Venkatesh, Michael G. Morris, Gordon B. Davis dan Freed D. Davis, Vol 27 No. 3 (2003).*

### 3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual

Berdasarkan Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian diatas dapat dijelaskan bahwa ada beberapa variabel yang mempengaruhi minat perilaku (*behavioral intention*) yaitu terdiri dari ekspektasi kinerja, ekspektasi usaha, pengaruh sosial dan kondisi pemfasilitas. Keempat variabel tersebut memiliki beberapa faktor, ekspektasi kinerja: persepsi kegunaan (*Perceived Usefulness*), motivasi ekstrinsik (*ekstrinsik Motivation*), kesesuaian pekerjaan (*Job-fit*), keuntungan relative (*relative advantage*), dan ekspektasi hasil (*Outcome Expectation*), ekspektasi usaha: persepsi kemudahan penggunaan (*Perceived Ease of Use*), kerumitan (*Complexity*), pengaruh sosial: norma subyektif (*Subjective Norm*), faktor sosial (*Social Factors*), dan *Image*, dan kondisi fasilitas: perilaku pengendalian yang dirasakan (*Perceived Behavioral Control*), kondisi fasilitas (*Facilitating Condition*), compabilitas (*Compatibility*). Penelitian ini dilakukan bertujuan untuk mengetahui minat perilaku penggunaan Rekam Medis Elektronik berdasarkan keempat variabel tersebut. Variabel minat perilaku ini menunjukkan sikap terhadap perilaku dan motivasi intrinsik. Yang dimaksud dari sikap terhadap perilaku adalah bagaimana sikap yang ditunjukkan seseorang tersebut terhadap keinginan menggunakan teknologi dimasa yang akan datang, sedangkan motivasi intrinsik adalah seberapa jauh hasrat atau keinginan seseorang tersebut terhadap penggunaan teknologi.