

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

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

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

Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006b).

Dalam Permenkes No 749/Menkes/Per/XII/1989 yang berisi tentang Rekam Medis, menerangkan bahwa rekam medis ialah catatan dan dokumen penting yang berisi mengenai identitas, pemeriksaan

pengobatan, tindakan dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Abu, 2014a).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No.10 tahun 1966, yaitu setiap petugas diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran termasuk salah satunya isi rekam medis (Republik Indonesia, 1966) dan setiap pemberi pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan pengelolaan rekam medis. Oleh karena itu setiap institusi pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan pengelolaan rekam medis yang baik sehingga dapat berperan dalam peningkatan mutu pelayanan.

Menurut Permenkes no 32 tahun 1996, tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan langsung wajib membuat rekam medis ialah (Republik Indonesia, 1996) :

- 1) Dokter dan dokter gigi
- 2) Perawat dan bidan

- 3) Apoteker, analisa farmasi, dan asisten apoteker
- 4) Admin kesehatan
- 5) nutrisionis dan dietis
- 6) Fisioterapis
- 7) Radiografer

Rekam medisi berisi proses pelayanan yang telah diberikan oleh setiap tenaga kesehatan dan ini dapat dijasikan suat bukti tertulis. Oleh karena itu rekam medis merupakan cerminan proses pelayanan tenaga kesehatan dan kerja sama tenaga kesehatan. Rekam medis dapat di artikan sebagai “Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitasi, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan, dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun pelayanan unit gawat darurat”.

Pengisian rekam medis yang lengkap merupakan suatu tujuan agar tercapainya administrasi yang tertib dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Mustahil administrasi yang tertib dapat terwujud tanpa adanya suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar.

b. Standar Rekam Medis

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI No 333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan antara lain ditetapkan sebagai berikut :

- 1) Rekam medis adalah sumber manajemen informasi kesehatan yang handal yang memuat informasi yang cukup, tepat waktu, akurat, dan dapat dipercaya bagi semua rekaman pasien rawat jalan, rawat inap, atau gawat darurat dan pelayanan lainnya.

- 2) Sistem identifikasi, indeks, dan sistem dokumentasi harus ada agar dapat memudahkan pencarian rekam medis dengan pelayanan 24 jam.
- 3) Kebijakan informasi harus dilakukan dalam rangka melindungi rekam medis agar tidak rusak, hilang atau digunakan oleh orang yang tidak berkepentingan.
- 4) Dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya bertanggung jawab akan pengisian rekam medis. Aturan yang berlaku dalam peraturan dan panduan kerja ialah sebagai berikut:
  - a) Dalam 24 jam setelah pasien dirawat dan sebelum tindakan operasi setiap riwayat pasien dan hasil pemeriksaan harus sudah terisi dengan lengkap.

- b) Prosedur pembedahan dan lainnya harus di laporkan sesegera mungkin setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama.
  - c) Setiap ringkasan medis harus segera dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang kecuali bila tes atau hasil otopsi belum ada.
  - d) Semua rekam medis diberi kode paling lambat 14 hari setelah pasien pulang.
- 5) Rekam medis harus diisi dengan lengkap untuk menunjang berbagai kepentingan yaitu:
- a) Terciptanya informasi yang efektif antara dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.
  - b) Informasi yang dibutuhkan akan didapatkan oleh konsulen.

- c) Dokter lain yang tidak bertanggung jawab terhadap pasien tetap dapat memberikan penilaian terhadap pelayanan pasien.
  - d) Dokter dapat memberikan penilaian kualitas pelayanan yang sudah dilakukan secara retrospektif.
  - e) Informasi yang berhubungan dengan progress keperawatannya akan didapatkan oleh setiap pasien yang menerima pelayanan kesehatan.
- 6) Rekam medis akan diisi oleh tenaga kesehatan di pusat pelayanan kesehatan kemudian mencatat tanggal, jam, dan nama pemeriksa.
- 7) Singkatan dan simbol yang dapat dipakai ialah yang singkatan yang sudah diakui dan berlaku secara umum.

- 8) Semua catatan yang berkaitan dengan proses pelayanan kesehatan akan disimpan oleh tenaga kesehatan di dalam rekam medis.
- 9) Identifikasi pasien ialah meliputi :
  - a) Nomor rekam medis atau nomor registrasi
  - b) Nama lengkap pasien
  - c) Alamat lengkap pasien
  - d) Orang yang dapat dihubungi
  - e) Status perkawinan
  - f) Tempat tanggal lahir
  - g) Jenis kelamin
- 10) Tanda peringatan atau bahaya, misalnya pasien alergi sesuatu harus ditulis di sampul depan berkas rekam medis.
- 11) Rekam medis mencantumkan diagnosa sementara dan diagnosa akhir saat pasien pulang.

- 12) Pada setiap pasien yang dilakukan tindakan operasi atau tindakan khusus harus melampirkan surat persetujuan tindakan yang ditanda tangani oleh pasien atau keluarga sesuai dengan aturan undang-undang mengenai informed consent.
- 13) Setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan diwajibkan menuliskan catatan pelayanan pada berkas rekam medis.
- 14) Setiap diagnosa/ tindakan khusus pada pasien akan diberikan kode penyakit berdasarkan standar yang berlaku.
- 15) Resume medis atau ringkasan keluar harus dilengkapi minimal 14 hari setelah pasien pulang.
- 16) Setiap pasien yang akan di rujuk, perlu di catat informasi alasan proses rujuk dan dicatat di rekam medis.

17) Pelayanan rekam medis merupakan bagian dari program pengendalian mutu rumah sakit.

c. Isi Rekam Medis

1) Catatan ialah merupakan penjabaran mengenai identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang sudah dilakukan oleh dokter, dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya.

2) Dokumen ialah merupakan kelengkapan dari catatan termasuk diantaranya ialah foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.

c. Jenis Rekam Medis

1) Rekam Medis Konvensional

Rekam medis konvensional ialah proses pencatatan rekam medik yang menggunakan kartu dan akan dicatat secara manual. Bentuk

rekam medik ini dapat ditemukan hampir seluruh rumah sakit, klinik, maupun praktek dokter di Indonesia. Beberapa keuntungan rekam medik bentuk konvensional ini ialah dapat dengan mudah didapatkan, dapat dilakukan oleh setiap tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan mengisi rekam medis tanpa keahlian khusus yang dapat dibawa dan diisi dimana saja dan kapan saja.

Akan tetapi bentuk rekam medik konvensional memiliki beberapa kerugian yang dapat terjadi misalnya kesalahan dalam penulisan, pembacaan penulisan, mudah rusak apabila terkena air maupun api, dan memiliki keterbatasan dalam hal penyimpanan karena membutuhkan tempat penyimpanan yang luas (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

## 2) Rekam Medis Elektronik

Rekam medik elektronik ialah pencatatan rekam medis yang dilakukan menggunakan data-data yang akan disimpan dalam sebuah penyimpanan yang dapat dibuka oleh suatu perangkat elektronik misalnya sebuah komputer. Bentuk rekam medik ini masih sangat jarang ditemukan di Indonesia walau dalam penerapannya rekam medik elektronik ini sudah banyak diterapkan di negara-negara maju seperti negara di benua eropa. Beberapa keuntungan apabila menggunakan rekam medik elektronik ialah dapat menampung sejumlah yang sangat banyak, tidak akan menggunakan banyak tempat dalam hal penyimpanan karena disimpan dalam bentuk data computer, dan dapat disimpan dalam waktu yang lama. Sedangkan, kerugian dari penggunaan rekam medik elektronik ialah mudahnya data terserang virus yang dapat

merusak data, tidak semua orang bisa mengoperasikannya, hanya terjangkau oleh kalangan tertentu, dan tidak dapat dioperasikan apabila tidak ada sumber listrik (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

Implementasi rekam medis elektronik juga dapat dijadikan investasi keuangan yang baik di penyedia layanan kesehatan. Beberapa keuntungannya di dapatkan dari menghemat kertas untuk hasil pemeriksaan penunjang, menghindari kesalahan nota yang salah (Wang et al., 2003).

#### d. Manfaat Rekam Medis

Manfaat Rekam Medik di Indonesia bisa dilihat dalam Pasal 14 Permenkes Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989, yaitu dapat dipakai untuk (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 1989) :

- 1) Dasar dalam memelihara kesehatan dan pelayanan pada setiap pasien.

Rekam Medik dapat dipakai sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan, yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, peningkatan keterampilan tenaga medis, pengukuran kemampuan dokter, serta dapat dijadikan suatu bukti setiap pelayanan kesehatan dalam prosesnya memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang diberikan pelayanan kesehatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

- 2) Bahan bukti apabila terdapat perkara hukum.

Masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan berhak mengajukan tuntutan apabila terdapat kelalaian pada saat dilakukan pelayanan yang dilakukan oleh tenaga medis

dan dapat meminta ganti rugi. Namun, rekam medis itu juga ialah hal yang penting untuk pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan pelayanan yang sudah diberikan kepada penerima layanan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

3) Bahan keperluan penelitian dan pendidikan.

Hasil-hasil penelitian yang baru belakangan ini merupakan hal yang bermanfaat bagi dunia kedokteran. Beberapa penemuan itu dapat diperoleh dari catatan isi rekam medis, karena setiap rekam medis mencatat data – data yang akan digunakan sebagai bahan penelitian untuk pengembangan ilmu pengetahuan. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

#### 4) Biaya pelayanan kesehatan

Setiap data pada rekam medis dapat dijadikan bentuk pertanggung jawaban biaya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang berobat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

#### 5) Bahan untuk membuat suatu statistik kesehatan

Setiap catatan pasien rawat inap maupun rawat jalan yang sudah mendapatkan pelayanan kesehatan dapat dijadikan sampel dalam pembuatan statistik kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

#### e. Komponen Rekam Medis

Rekam medik di Indonesia dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu bagian isi untuk pasien rawat jalan dan rawat inap. Berdasarkan Permenkes no.269/Menkes/Per/III/2008 telah dideskripsikan

beberapa isi rekam medis untuk pasien rawat jalan ialah (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2008):

- 1) Identitas pasien;
- 2) Tanggal dan waktu;
- 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- 5) Diagnosis;
- 6) Rencana pelaksanaan;
- 7) Pengobatan dan/atau tindakan;
- 8) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik, dan
- 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan

Sedangkan menurut Permenkes no.269/Menkes/Per/III/2008 isi rekam medis untuk

pasien rawat inap antara lain ialah (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2008) :

- 1) Identitas pasien;
- 2) Tanggal dan waktu;
- 3) Anamnesis (sekurang-kurangnya berisi keluhan, dan riwayat medis pasien);
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan hasil penunjang medis;
- 5) Diagnosis;
- 6) Rencana Pelaksanaan;
- 7) Pengobatan dan tindakan;
- 8) Persetujuan tindakan bila perlu;
- 9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
- 10) Ringkasan pulang;
- 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan seluruh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan;
- 12) Pelayanan lain yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang lain;

13) Untuk kasus gigi harus dilengkapi dengan odontogram klinik.

Bagi pasien yang dirawat di ruang gawat darurat, beberapa data yang perlu dimasukkan pada rekam medis ialah (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2008):

- 1) Identitas pasien;
- 2) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
- 3) Identitas pengantar pasien;
- 4) Tanggal dan waktu;
- 5) Hasil anamnesis;
- 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- 7) Diagnosis;
- 8) Pengobatan dan atau tindakan;
- 9) Ringkasan kondisi pasien sebelum mennggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;

10) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;

11) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan

12) Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

f. Penyimpanan Rekam Medis

Rekam medis wajib untuk disimpan dan dijaga kerahasiaan oleh setiap tenaga kesehatan baik itu dokter, dokter gigi dan pimpinan sarana kesehatan. Batas waktu lama penyimpanan menurut Peraturan Menteri Kesehatan paling lama 5 tahun dan resume rekam medis paling sedikit 25 tahun (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006b).

h. Aspek Hukum Rekam Medis

Alat bukti tertulis yang dapat digunakan pada pengadilan apabila terjadi suatu pelanggaran

adalah rekam medis. Setiap dokter, dokter gigi dan setiap tenaga kesehatan lainnya wajib menjaga kerahasiaan dari isi rekam medis. Rahasia ini hanya boleh dibuka hanya untuk memenuhi kepentingan pasien dalam memenuhi aparat penegak hukum atau permintaan pasien atau berdasarkan perundang-undangan yang berlaku (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

#### 1) Sanksi Hukum

Bagi dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp. 50.000.000 (lima puluh juta rupiah), hal itu tulis dalam pasal 79 praktik kedokteran no 29 tahun 2004 (Republik Indonesia, 2004). Selain itu bagi setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis juga dapat dikenan

sanksi secara perdata (Republik Indonesia, 2004).

## 2) Sanksi Disiplin dan Etik

Selain mendapatkan sanksi hukum, bagi dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis juga akan dikenakan sanksi disiplin dan etik sesuai dengan UU Praktik kedokteran, peraturan KKI, kode etik kedokteran Indonesia dan kode etik kedokteran gigi Indonesia.

Berdasarkan aturan pada KKI no15/KKI/PER/VII/2006 terdapat tiga alternatif sanksi disiplin yaitu (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006) :

- a) Pemberian peringatan tertulis.
- b) Rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi atau surat izin praktik.

- c) Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.
- d) Selain sanksi disiplin, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekammedik dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi yaitu Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Gigi (MKEKG).

## **2. Akreditasi Puskesmas**

### **a. Latar Belakang Akreditasi Puskesmas**

Kajian global untuk WHO pada tahun 2000 mengatakan bahwa terdapat 36 negara yang sudah memulai program akreditasi untuk layanan kesehatan. Dimulai dari Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) di United States pada tahun 1951, program akreditasi

ini sudah berkali kali lipat dilaksanakan sejak tahun 1990 (WHO, 2003).

Pembangunan kesehatan merupakan bagian terpenting dari suatu proses pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan ialah dapat meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia di Indonesia.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang "Pusat Kesehatan Masyarakat", merupakan landasan hukum dalam penyelenggaraan Puskesmas

(Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Tercapainya Kecamatan Sehat untuk terwujudnya Indonesia Sehat ialah merupakan perwujudan dari visi pembangunan kesehatan. Masyarakat yang hidup dalam lingkungan yang berperilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya ialah gambaran terbentuknya suatu kecamatan yang sehat. Beberapa

indikator yang digunakan dalam penilaian kecamatan sehat ialah diantaranya : perilaku sehat, lingkungan sehat, derajat kesehatan setiap penduduk dan cakupan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Perlu pengelolaan, kinerja pelayanan, proses pelayanan dan sumber daya yang baik agar puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan untuk menjalankan fungsinya secara optimal. Karena setiap penerima layanan kesehatan mengharapkan pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab, aman dan bermutu dan dapat memenuhi setiap kebutuhan mereka. Oleh karena itu diperlukan suatu upaya dalam meningkatkan mutu suatu pelayanan, manajemen risiko dan keselamatan pasien dalam pengelolaan Puskesmas agar dapat terwujudnya pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat.

Keberhasilan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan dapat dinilai secara internal

dengan "Penilaian Kinerja Puskesmas," yang berisi tentang manajemen sumber daya yang termasuk didalamnya alat, obat, keuangan dan tenaga serta manajemen sistem pencatatan dan pelaporan yang disebut sebagai Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

Selain internal, perlu dilakukan penilaian oleh eksternal mengenai perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko yang perlu dilakukan secara berkesinambungan di puskesmas melalui program akreditasi.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Pasal 39 ayat (1) juga mewajibkan Puskesmas untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun

2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 6 ayat (2).

b. Pengertian Akreditasi dan Puskesmas

Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Sedangkan puskesmas adalah suatu pusat pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan yang lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif yang bertujuan mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dalam wilayah kerjanya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Peraturan pemerintah efektif dalam mengatur kebijakan sistem kesehatan, dan strategi ini dibutuhkan di negara-negara dengan penghasilan rendah-menengah. Salah satu yang kebijakan

pemerintah yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan adalah akreditasi. Beberapa menyebutkan bahwa aturan-aturan ini bahkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan farmasi di suatu tempat layanan kesehatan (Lewin et al., 2008).

Dalam upaya peningkatan kualitas dan keselamatan pelayanan maka diperlukanlah akreditasi puskesmas. Akreditasi ini juga merupakan cara dalam memberikan keselamatan dan hak pasien dan keluarga dengan tetap memperhatikan hak – hak petugas.

Selain itu, prinsip dan dasar yang ditetapkan dalam Sistem Kesehatan Nasional 2009 yang menggarisbawahi soal hak asasi manusia dan responsif gender, juga dipakai dalam standar akreditasi Puskesmas ini untuk menjamin bahwa semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, tanpa memandang golongan sosial,

ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku.

c. Penilaian Akreditasi

Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu kelompok administrasi manajemen, yang diuraikan dalam Bab I, II, dan III, kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), yang diuraikan dalam Bab IV, V, dan VI, dan kelompok Upaya Kesehatan Perorangan atau Pelayanan Kesehatan yang diuraikan dalam bab VII, VIII, dan IX.

Standar akreditasi disusun dalam 9 Bab, yang terdiri dari:

Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)

Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)

Bab III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

Bab IV. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)

Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)

Bab VI. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat (SKUKM)

Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)

Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)

Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

d. Penetapan status Akreditasi Puskesmas terdiri atas:

- 1) Tidak terakreditasi;
- 2) Terakreditasi dasar;
- 3) Terakreditasi madya;
- 4) Terakreditasi utama; atau
- 5) Terakreditasi paripurna.

### **3. Perilaku**

#### **a. Definisi Sikap dan Perilaku**

Sikap ialah sebuah pernyataan evaluatif yang ditujukan terhadap suatu objek/peristiwa. Sikap dapat mencerminkan suatu perasaan seseorang terhadap sesuatu. Sikap ialah determinan dari perilaku, sikap dan perilaku merupakan hal yang berbeda. Sedangkan perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2007). Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang, sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan (Notoatmodjo, 2007).

Dengan kata lain, perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan: berpikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan) (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Fishbein 1974 dalam buku yang ditulis oleh Ali menyatakan bahwa sikap adalah predisposisi emosional yang di pelajari untuk merespons secara konsisten terhadap suatu objek (Ali and Asrori, 2006). Selain itu juga sikap ditafsirkan sebagai suatu evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri atau orang lain atas suatu reaksi atau respon terhadap stimulus yang akhirnya akan memberikan perasaan yang disertai dengan tindakan yang sesuai (Ali and Asrori, 2006). Apabila seseorang memiliki sikap positif terhadap suatu objek maka ia akan memiliki sikap yang favorable, sebaliknya apabila seseorang memiliki sikap negatif

maka sikapnya menjadi unfavorable terhadap suatu objek tersebut (Aditama et al., 2013). Sikap yang menjadi suatu pernyataan evaluatif, penilaian terhadap suatu objek selanjutnya yang menentukan tindakan individu terhadap sesuatu. Sehingga sikap dapat dijadikan predisposisi emosional yang dipelajari untuk merespons secara konsisten terhadap suatu objek.

b. Teori Perilaku Burrhus Frederic Skinner

Sebagai pengantar pada teori Skinner, terlebih dahulu mengenai pandangan Skinner tentang manusia. Menurut Skinner sebagaimana dikutip oleh Zaini R manusia adalah sekumpulan reaksi unik yang sebagian diantaranya telah ada dan secara genetis diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Zaini, 2013). Pengkondisian yang kita alami dari lingkungan sosial menentukan “pengalaman” yakni sekumpulan perilaku yang sudah ada. Menurut Gredler sebagaimana yang

dikutip oleh Zaini, Skinner mendefinisikan belajar sebagai proses perubahan perilaku. Perubahan perilaku yang dicapai sebagai hasil belajar tersebut melalui proses penguatan perilaku baru yang muncul yakni operant conditioning (kondisioning operan) (Zaini, 2013).

Dari eksperimen yang dilakukan B.F. Skinner terhadap tikus dan selanjutnya terhadap burung merpati menghasilkan hukum-hukum belajar, diantaranya: 1). Law of operant conditioning yaitu jika timbulnya perilaku diiringi dengan stimulus penguat, maka kekuatan perilaku tersebut akan meningkat. 2). Law of operant extinction yaitu jika timbulnya perilaku operant telah diperkuat melalui proses conditioning itu tidak diiringi stimulus penguat, maka kekuatan perilaku tersebut akan menurun bahkan musnah (Wahyuni and Baharudin, 2008).

Menurut Skinner (1938), beliau mendapati bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh itu, perilaku manusia terjadi melalui proses: Stimulus → Organisme → Respons, sehingga teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" (stimulus-organisme-respons).

Menurut Skinner sebagaimana yang dikutip oleh Zaini, Skinner membedakan adanya dua macam respons, yaitu:

- 1) Respondent Response (reflexive response), yaitu respon yang ditimbulkan oleh perangsang-perangsang tertentu. Perangsang-perangsang yang demikian itu yang disebut eliciting stimuli, menimbulkan respon-respon yang secara relatif tetap, misalnya makanan yang menimbulkan keluarnya air liur. Pada umumnya, perangsang-perangsang yang demikian itu mendahului respons yang ditimbulkannya (Zaini, 2013).

2) Operant Respon (instrumental response), yaitu respon yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang-perangsang tertentu. Perangsang yang demikian itu disebut reinforcing stimuli atau reinforcer, karena perangsang-perangsang tersebut memperkuat respon yang telah dilakukan oleh organisme. Jadi, perangsang yang demikian itu mengikuti (dan karenanya memperkuat) sesuatu tingkah laku tertentu yang telah dilakukan. Jika seorang belajar (telah melakukan perbuatan), lalu mendapat hadiah, maka dia akan menjadi lebih giat belajar (responnya menjadi lebih intensif/kuat) (Zaini, 2013).

Oleh karena itu, dengan menghubungkan teori Skinner yang berisi tentang perilaku merupakan respon atau reaksi seorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Akreditasi diharapkan dapat menjadi stimulus

untuk merubah perilaku tenaga kesehatan dalam melengkapi rekam medis.

c. Faktor – Faktor yang mempengaruhi Perilaku

Menurut teori Lawrance Green (1980) menyatakan bahwa perilaku manusia ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

- 1) Faktor predisposisi (predisposing factors), yang mencakup pengetahuan, sikap dan sebagainya.

- a) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pencaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Dalam pengertian lain, pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris atau pengetahuan aposteriori. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris tersebut juga dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat, dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (long lasting)

daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2003).

b) Sikap

Sikap adalah determinan perilaku, karena mereka berkaitan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sebuah sikap merupakan suatu keadaan sikap mental, yang dipelajari dan diorganisasi menurut pengalaman, dan yang menyebabkan timbulnya pengaruh khusus atas reaksi seseorang terhadap orang-orang, objek-objek, dan situasi-situasi dengan siapa ia berhubungan. Menurut Zimbardo dan Ebbesen, sikap adalah suatu predisposisi (keadaan mudah terpengaruh) terhadap seseorang, ide atau obyek yang berisi komponen-komponen cognitive, affective dan behavior.

- 2) Faktor pemungkin (enabling factor), yang mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana keselamatan kerja, misalnya ketersedianya APD, pelatihan dan sebagainya.
- 3) Faktor penguat (reinforcement factor), faktor-faktor ini meliputi undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003). Salah satu yang dapat menjadi faktor penguat ialah adanya penilaian dalam aturan akreditasi pada puskesmas. Dengan adanya faktor penguat ini diharapkan dapat menjadi stimulus seorang petugas layanan kesehatan dalam merubah perilakunya dalam mengisi rekam medis.

## **B. Penelitian Terdahulu**

1. Penelitian dilakukan oleh: Tiara Wahyu Pamungkas pada tahun 2010 dengan judul: “Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Di

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta”. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Subjek pada penelitian ini ialah seorang dokter spesialis dan seorang dokter umum yang bekerja dibagia penyakit dalam. Hasil penelitian ini ialah terdapat 40,43% berkas rekam medis yang tidak lengkap pada Bagian Penyakit Dalam RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. (Tiara et al., 2010).

2. Penelitian dilakukan oleh: Khasib Maburur Ridho. pada tahun 2013 dengan judul: “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengisian Rekam Medis Di Rumah Sakit Gigi Dan Mulut Pendidikan UMY”. Penelitian ini menggunakan mix method yaitu metode kuantitatif dan metode kualitatif. Dari penelitian ini diperoleh hasil bahwa terdapat 128 rekam medis tidak lengkap dari 364 rekam medis yang diteliti. Aspek kelengkapan rekam medis yang tidak lengkap adalah nama dan tanda tangan dokter (23,35%), koreksi kesalahan (16,21%), identitas pasien (3,85%) dan

tanggal dan waktu (1,65%). Aspek kelengkapan rekam medis yang lengkap adalah hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan medik, odontogram, diagnosis, rencana penatalaksanaan, dan pengobatan dan/atau tindakan (Ridho et al., 2013).

3. Penelitian dilakukan oleh: Famella Tyara Nadya pada tahun 2013 dengan judul: “Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Patient Safety di RSGMP UMY”. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif kualitatif. Subyek penelitian ini ialah koas di RSGMP UMY. Obyek penelitian ini ialah berkas rekam medis pada tahun 2013 (n:367 rekam medis). Pada hasil dari penelitian ini didapatkan kelengkapan identitas pasien aspek nama 100%, nomor rekam medis 92,1%, tempat/tanggal lahir 99,7% (Santosa et al., 2013).
4. Penelitian dilakukan oleh: Henny Maria Ulfa pada tahun 2015 dengan judul: “Analisis Pelaksanaan Pengelolaan Rekam Medis Di Puskesmas Harapan Raya Kota

Pekanbaru.” Metode yang digunakan adalah menggunakan pedoman observasi dan pedoman wawancara. Hasil penelitian menunjukkan pengelolaan rekam medis belum berjalan dengan maksimal, secara kuantitas petugas sudah mencukupi namun belum berkualitas, belum memiliki Standar Prosedur Pengelolaan Rekam Medis (Ulfa, 2015b).

5. Penelitian dilakukan oleh: Peter Young pada tahun 2010 dengan judul: “Medical record completeness and accuracy at an HIV clinic in Mozambique, 2005-2006” Metode yang digunakan adalah dengan menilai kelengkapan, keakuratan dan reabilitas data yang penting pada pasien HIV yang telah di rawat inap selama periode 6 bulan. Hasil penelitian ini ialah kelengkapan data ialah 72%, namun banyak data penting yang tidak di catat dengan lengkap termasuk berat badan, stage penyakit, terapi ART, nilai CD4+ (Young et al., 2010).

### **C. Landasan Teori**

Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Sedangkan puskesmas adalah suatu pusat pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan yang lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif yang bertujuan mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dalam wilayah kerjanya (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Dalam upaya peningkatan kualitas dan keselamatan pelayanan maka diperlukanlah akreditasi puskesmas. Akreditasi ini juga merupakan cara dalam memberikan keselamatan dan hak pasien dan keluarga dengan tetap memperhatikan hak – hak petugas.

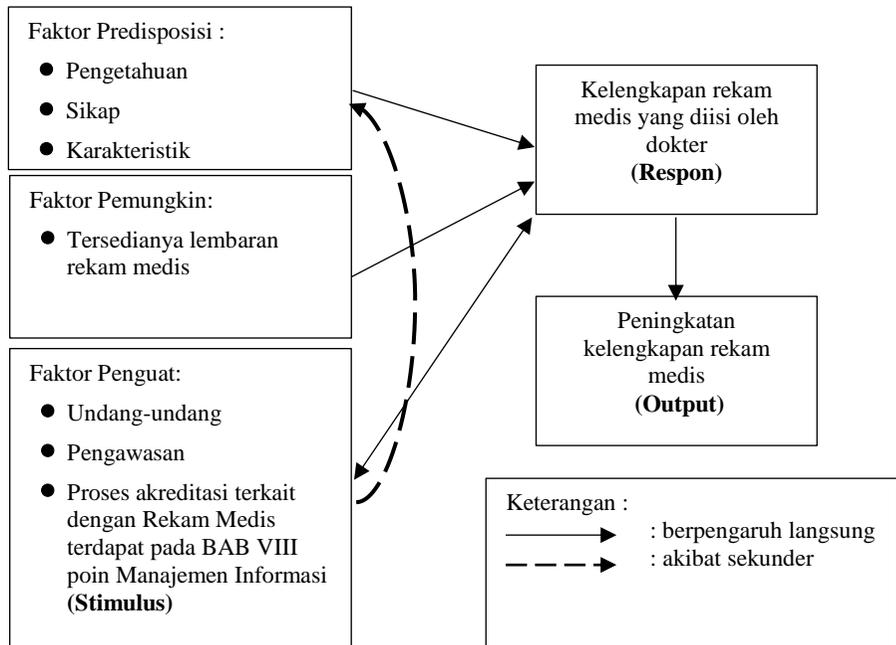
Tersedianya pelayanan medis oleh dokter dan dokter gigi ialah suatu unsur utama dalam sistem pelayanan

kesehatan yang prima. Hal ini sesuai dengan Undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang praktek kedokteran. Dalam penyelenggaraannya setiap dokter dan dokter gigi wajib menjalankan standar, pedoman dan prosedur yang berlaku. Sehingga setiap masyarakat yang mendapatkan pelayanan medis yang profesional dan aman. Salah satu fungsi pengaturan dalam UU Praktek Kedokteran ialah pengaturan tentang rekam medis yang tertera dalam pasal 46 dan pasal 47(Konsil Kedokteran Indonesia, 2006).

Berdasarkan PermenkesNo749a/Menkes/Per/XII/1999 tentang rekam medis, setiap pelayanan kesehatan termasuk puskesmas diwajibkan untuk menyelenggarakan rekam medis. Sistem pelayanan rekam medis adalah suatu sistem yang mengorganisasikan formulir, catatan, dan laporan yang dikoordinasikan sedemikian rupa untuk menyediakan dokumen yang dibutuhkan manajemen rumah sakit dan dilaksanakan untuk pasien yang dipandang sebagai manusia seutuhnya (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 1989).

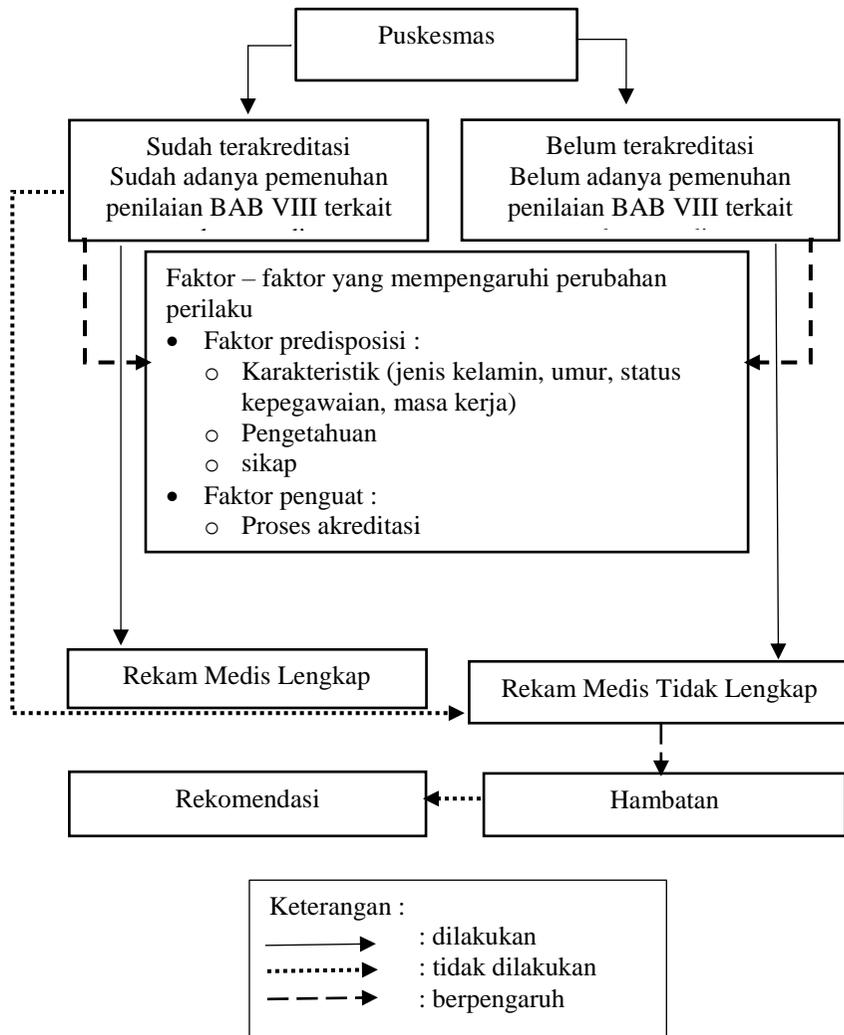
Dengan adanya pengaplikasian poin-poin penilaian pada akreditasi diharapkan dapat dijadikan stimulus dalam merubah perilaku seluruh petugas kesehatan sebagaimana sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Skinner dalam teori perilakunya melengkapi data-data pada rekam medis.

## D. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 kerangka teori modifikasi teori Lawrence Green2000 & B.F Skinner 1938**

## E. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

## **F. Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana pengetahuan dokter pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi.
2. Bagaimana perilaku dokter pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi.
3. Bagaimana kelengkapan reka medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi.
4. Apakah proses akreditasi sudah berpengaruh terhadap perbedaan kelengkapan rekam medik di puskesmas?

