

**PERBEDAAN PERILAKU DOKTER DAN  
KELENGKAPAN REKAM MEDIS PADA PUSKESMAS  
YANG SUDAH DAN BELUM TERAKREDITASI**



**Disusun Oleh :**

**AISYAH SHOFIATUN NISA  
20161030004**

**PROGRAM STUDI MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

**2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**PERBEDAAN PERILAKU DOKTER DAN  
KELENGKAPAN REKAM MEDIS PADA PUSKESMAS  
YANG SUDAH TERAKREDITASI DAN BELUM  
TERAKREDITASI**

**UJIAN TESIS**

**Diajukan Oleh :  
Aisyah Shofiatun Nisa  
20161030004**

Pembimbing I,

Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes  
.....

Tanggal

## DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR TABEL.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Telaah Pustaka.....	9
1. Rekam Medis.....	9
2. Akreditasi Puskesmas.....	31
3. Perilaku.....	40
B. Penelitian Terdahulu.....	49
C. Landasan Teori.....	53
D. Kerangka Teori.....	56
E. Kerangka Konsep.....	57
F. Pertanyaan Penelitian.....	58
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	59
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	59
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	59
C. Populasi, Sampel, dan <i>Sampling</i> .....	60
D. Variabel Penelitian.....	63
E. Definisi Operasional.....	63
F. Teknik Pengumpulan Data.....	65
G. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	66
H. Instrumen Penelitian.....	68
I. Analisis Data.....	69
J. Tahapan Penelitian.....	70

K. Etika Penelitian.....	74
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	75
A. HASIL PENELITIAN .....	75
1. Puskesmas Kabupaten Bantul.....	75
2. Data Hasil Penelitian .....	77
a. Pengetahuan dokter .....	77
b. Perilaku Dokter .....	80
c. Kekuatan Kesepakatan Penilai Kelengkapan Rekam Medis.....	83
d. Kelengkapan rekam medis .....	83
B. PEMBAHASAN.....	87
1. Pengetahuan Dokter Terhadap Rekam Medis.....	87
2. Perilaku Dokter .....	89
3. Kelengkapan Rekam Medis .....	93
4. Akreditasi dan pengaruhnya.....	97
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
A. KESIMPULAN .....	103
B. SARAN.....	104
C. KETERBATASAN PENELITIAN .....	105
DAFTAR PUSTAKA .....	107
LAMPIRAN.....	113

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Populasi, Sampel, dan Sampling.....	61
Tabel 3. 2 Definisi Operasional .....	63
Tabel 4. 1 Data Puskesmas Juli 2017.....	76
Tabel 4. 2 Perbandingan nilai pengetahuan dokter pada puskesmas yang belum dan sudah terakreditasi .....	79
Tabel 4. 3 Nilai Perilaku Dokter .....	80
Tabel 4. 4 Perbandingan nilai perilaku dokter pada puskesmas yang belum dan sudah terakreditasi .....	82
Tabel 4. 5 Perbedaan presentase kelengkapan rekam medis pada setiap penilai.....	83
Tabel 4. 6 Kelengkapan Rekam Medis Puskesmas belum terakreditasi .....	84
Tabel 4. 7 Kelengkapan Rekam Medis Puskesmas sudah terakreditasi .....	85
Tabel 4. 8 Perbedaan Kelengkapan Rekam Medis pada Puskesmas yang Sudah dan Belum Teakreditasi .....	86

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 kerangka teori modifikasi teori Lawrence Green, B.F Skinner.....	56
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep .....	57
Gambar 4. 1 Persebaran nilai pengetahuan dokter berdasarkan pertanyaan.....	78
Gambar 4. 2 Persebaran nilai perilaku dokter berdasarkan pertanyaan.....	81

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Salah satu kegiatan yang sangat penting dalam memberikan pelayanan yang baik kepada setiap pasien adalah dengan pengisian rekam medis yang lengkap. Namun, selama ini pengisian data rekam medik di sejumlah rumah sakit masih sangat minim dilakukan oleh sejumlah petugas kesehatan baik itu dokter, perawat, bidan dan profesi lainnya. Dalam rekam medis yang lengkap, dapat diperoleh informasi –informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut diantaranya adalah sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan, serta dapat digunakan sebagai alat untuk analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Di bidang kedokteran dan kedokteran gigi, rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006). Di dalam rekam medis berisi data klinis pasien

selama proses diagnosis dan pengobatan. Oleh karena itu setiap kegiatan pelayanan medis harus mempunyai rekam medis yang lengkap dan akurat untuk setiap pasien, dan setiap dokter dan dokter gigi wajib mengisi rekam medis dengan benar, lengkap dan tepat waktu (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tiara Wahyu Pamungkas dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta”, menyatakan 40,43% berkas rekam medis di bagian penyakit dalam Rumah Sakit PKU Muhammadiyah ialah tidak lengkap (Tiara et al., 2010).

Riwayat pengobatan di rekam medis rumah sakit seringkali tidak lengkap, 25% obat resep yang digunakan tidak dicatat dan 61% dari semua pasien memiliki satu atau lebih menerima obat yang tidak terdaftar (Lau et al., 2001).

Selain itu berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Henny Maria Ulfa dalam jurnalnya yang berjudul “Analisis pelaksanaan pengelolaan rekam medis di puskesmas harapan raya kota pekanbaru” mengatakan bahwa 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 dan uraian tugas rekam medis (Ulfa, 2015).

Sejalan dengan banyaknya perkembangan ilmu di bidang kesehatan, membuat masyarakat semakin selektif dalam memilih sarana pelayanan kesehatan. Persaingan akan terjadi pada setiap sarana pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi setiap pasien. Untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bertanggungjawab, bermutu, aman, merata dan tidak diskriminatif akan diperlukan pengelolaan rekam medis yang dilakukan secara seksama dan lebih profesional.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan tingkat primer yang berada di Indonesia bertanggung jawab memberi pelayanan kesehatan yang bermutu (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006). Beberapa hal yang harus diperhatikan oleh pemberi layanan kesehatan ialah keamanan pasien, efektifitas setiap tindakan, penyesuaian pemeriksaan dengan kebutuhan pasien yang dapat mengefisiensikan setiap kebutuhan biaya yang akan dikeluarkan.

Oleh karena itu setiap tindakan yang dilakukan kepada pasien berorientasi terhadap setiap kebutuhan pasien bukan karena kebutuhan pribadi.

Dalam proses pengendalian mutu, salah satu cara yang dapat dilakukan oleh setiap pusat pelayanan kesehatan ialah dengan akreditasi. Komisiner Akreditasi ialah badan eksternal yang akan memberikan suatu pengakuan terhadap hasil dari proses penilaian yang sudah dilakukan apakah sudah sesuai dengan standar akreditasi yang telah ditetapkan sebelumnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Akreditasi pada pusat layanan kesehatan sudah dilakukan di banyak negara di dunia (Shaw, 2003). Beberapa bukti ilmiah mengatakan bahwa pusat layanan kesehatan mengalami peningkatan yang drastis berkaitan dengan adanya penilaian dari eksternal yaitu akreditasi (Shaw, 2003).

Akreditasi puskesmas ini memiliki tujuan untuk peningkatan mutu layanan puskesmas. Proses akreditasi ini diharapkan mampu membuat masyarakat percaya akan keterjaminan mutu sebuah fasilitas kesehatan. Aturan mengenai program akreditasi

puskesmas ini telah di atur secara rinci pada Permenkes RI no 46 tahun 2015 yang berisi tentang aturan proses akreditasi pada puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Beberapa kelompok pelayanan yang dinilai pada saat akreditasi ialah manajemen administrasi, upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan perorangan. Ketiganya merupakan poin utama dalam penilaian akreditasi di puskesmas. Setiap kelompok tersebut tentunya memiliki standra dan elemen penilaian yang sudah ditetapkan. Pada awal tahun 2015 sudah dilangsungkan proses akreditasi di puskesmas dan diharapkan pada akhir tahun 2019 semua puskesmas yang ada di Indonesia sudah dapat terakreditasi. Bagi puskesmas yang tidak terakreditasi pada tahun 2019 tentunya akan menerima sanksi, sanksi yang akan didapatkan ialah pemutusan kerjasama puskesmas dengan BPJS.

Beberapa permasalahan yang biasanya timbul pada saat pengisian rekam medis ialah pada proses pengisiannya tidak lengkap atau pada penulisan dokter yang kurang spesifik. Padahal rekam medis ialah salah satu bahan yang akan dapat digunakan

sebagai evaluasi dan kualitas suatu pelayanan yang akan diberikan kepada pasien (Santosa et al., 2013).

Mengingat pentingnya rekam medis sebagai alat dalam peningkatan mutu layanan kesehatan, serta sedang berjalannya proses akreditasi sebagai pengakuan dari proses penilaian eksternal pada puskesmas di Indonesia. Penulis tertarik untuk menilai adakah perbedaan perilaku dokter dan kelengkapan rekam medis pada Puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang sudah dipaparkan diatas, dapat dirumuskan masalah penelitian, Adakah perbedaan perilaku dokter dan kelengkapan rekam medis pada Puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah perbedaan perilaku dokter dan kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui pengetahuan dokter pada puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi
- b. Mengetahui perilaku dokter pada puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi
- c. Mengetahui kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

- a. Dapat memberikan sumbangan ilmu pengetahuan tentang peningkatan mutu pelayanan kesehatan terkait perbedaan perilaku dokter dan kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi.

### **2. Manfaat Praktis**

- a. Manfaat bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam proses pelaksanaan manajemen rekam medis dan kelengkapan data.

b. Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengalaman dan wawasan dalam pelaksanaan manajemen rekam medis dalam kaitannya dengan perilaku dokter dan juga proses akreditasi di puskesmas.

c. Manfaat bagi akademik

Sebagai bahan untuk menambah referensi di perpustakaan Magister Manajemen Rumah Sakit UMY khususnya konsentrasi akreditasi puskesmas.

## **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) nutrisisionis 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 identitas, 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 (Kementrian 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 (Kementrian 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 Manajemn Puskesmas (SIMPUS).

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

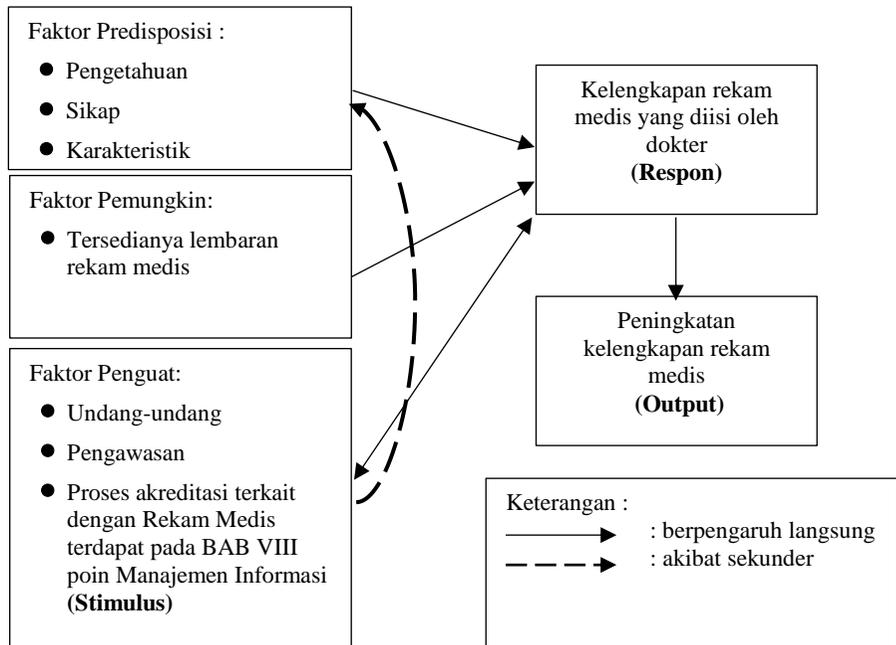
Tersedianya pelayanan medis oleh dokter dan dokter gigi ialah suatu unsur utama dalam sistem pelayanan

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).

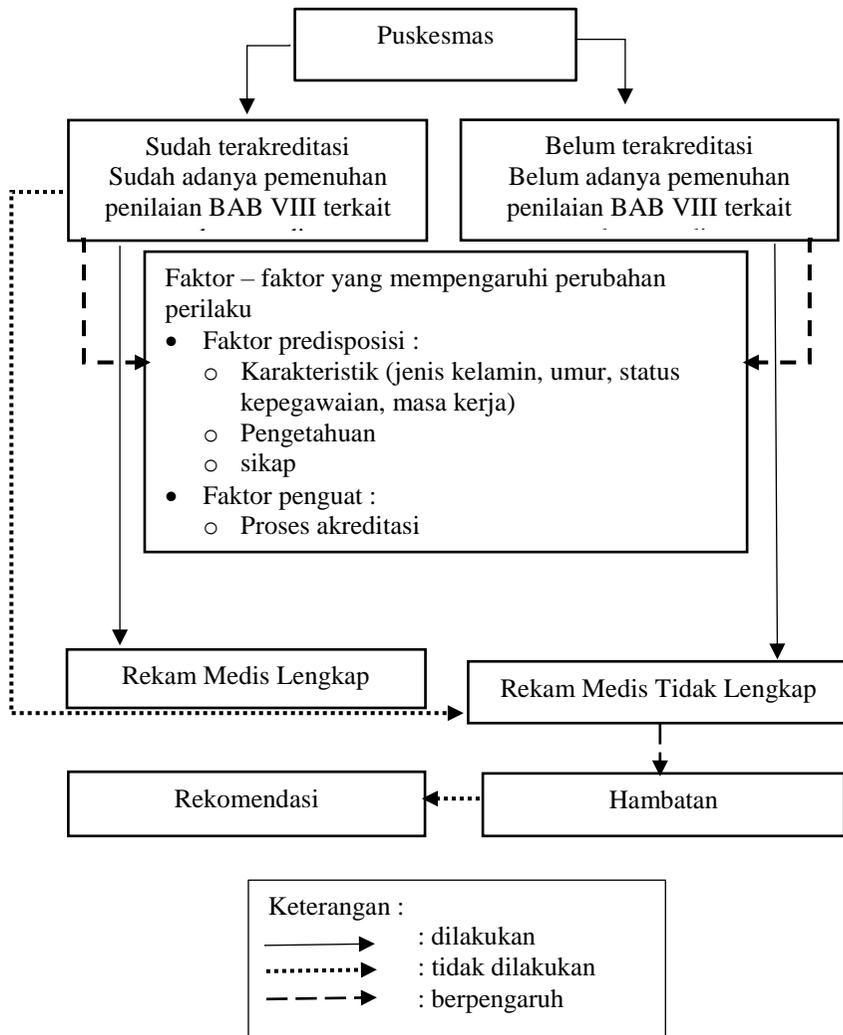
Dengan adanya pengaplikasian poin-poin penilaian pada akreditasi diharapkan dapat dijadikan stimulus dalam merubah perilaku seluruh petugas kesehatan sebagaimana sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Skinner dalam teori perilakunya melengkapi data-data pada rekam medis.

## 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?

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini ialah kuantitatif deskriptif. Data diambil data secara *cross-sectional*. Metode yang digunakan dengan pengisian kuisioner kepada dokter untuk mengetahui pengetahuan dan perilaku dokter terhadap rekam medis pasien di puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi. Serta menilai kelengkapan rekam medis dengan menggunakan *checklist* yang diisi oleh 3 (tiga) penilai yang berbeda.

Setelah mendapatkan hasil pengisian kuisioner dan *checlist* dilakukan pengolahan data untuk menilai adakah perbedaan antara pengetahuan, perilaku dan kelengkapan data rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi.

#### **B. Waktu dan Tempat Penelitian**

##### **1. Tempat Penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi.

Puskesmas yang akan dijadikan tempat penelitian berada di Kabupaten Bantul yaitu puskesmas kretek, dlingo 1, dlingo 2, imogiri 2, pandak 1 pandak 2, pleret, dan Banguntapan. Hal ini dikarenakan pertimbangan peneliti mengingat puskesmas yang berada di kabupaten lain di provinsi DIY sudah melakukan akreditasi.

## 2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Agustus 2017 sampai dengan Oktober 2017.

## **C. Populasi, Sampel, dan *Sampling***

### 1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh dokter yang bertugas di puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi dan berkas rekam medis yang tercatat pada akhir kunjungan dalam kurun waktu dua tahun terakhir (2016-2017).

## 2. Sampel

Jumlah sampel dokter ialah total populasi

Jumlah sampel berkas rekam medis ialah sebanyak 50 rekam medis (sesuai dengan jumlah perhitungan rumus minimal sampel) yang dipilih secara acak. Pada puskesmas yang belum terakreditasi akan digunakan 3 puskesmas dan pada puskesmas yang sudah terakreditasi akan digunakan 3 puskesmas. Sehingga jumlah rekam medis yang akan digunakan ialah 150 untuk puskesmas yang belum terakreditasi dan 150 untuk puskesmas yang sudah terakreditasi.

**Tabel 3. 1 Populasi, Sampel, dan Sampling**

<b>Kuantitatif</b>	
Populasi	Seluruh dokter yang bertugas di puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi Seluruh jumlah berkas rekam medis pasien yang berkunjung di puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi
Sampel	Seluruh dokter yang bertugas di puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi Rekam medis pasien yang dipilih secara acak yang yang tercatat pada akhir kunjungan dalam kurun waktu dua tahun terakhir (2016-2017)
<i>Sampling</i>	Dilakukan secara <i>Random sampling</i>

### 3. Hitung besar sampel

Untuk menghitung berapa jumlah sampel rekam medis yang akan diteliti, peneliti menggunakan rumus:

$$n = \frac{\left(Z \frac{\alpha}{2}\right)^2}{4 d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2}{4 \cdot (0,1^2)}$$

$$n = \frac{3,8416}{0,04}$$

$$= 96$$

n	= jumlah sampel minimal yang diperlukan
Z $\alpha/2$	= nilai z pada tabel distribusi normal pada taraf signifikansi $\alpha$ tertentu, dengan nilai $\alpha$ ialah Confident Interval. Tingkat kepercayaan 95% memiliki nilai $\alpha = 1,96$ , sedangkan 90% memiliki nilai $\alpha = 1,65$
d	= limit dari eror atau presisi absolut.

Pada penelitian kali ini peneliti menggunakan Confident Interval sebanyak 95% dan nilai eror sampling sebanyak 10%. Dengan begitu didapatkan jumlah sampel minimal 96 rekam medis. Pada puskesmas yang sudah terakreditasi sebanyak minimal 96 berkas rekam medis dan

pada puskesmas yang belum terakreditasi sebanyak minimal 96 rekam medis.

#### **D. Variabel Penelitian**

1. Variabel bebas :

Akreditasi puskesmas

Pengetahuan dokter

Perilaku dokter

2. Variabel terikat :

Kelengkapan Rekam Medis

Tingkat kepatuhan dokter dalam mengisi rekam medis

#### **E. Definisi Operasional**

**Tabel 3. 2 Definisi Operasional**

<b>No.</b>	<b>Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Instrumen</b>
1.	Pengetahuan dokter	Pengetahuan dokter tentang rekam medis yaitu hal-hal yang harus diketahui oleh dokter yang berhubungan dengan rekam medis, misalnya item-item mana yang mutlak harus diisi, kapan harus sudah terisi dan apa manfaat rekam medis baik untuk dokter sendiri, pasien maupun untuk institusi (rumah sakit).	ordinal : 1 = kurang 2 = cukup 3 = baik

---

2	Perilaku dokter	Perilaku dokter ialah bagaimana responnya tentang suatu pengisian rekam medis, misalnya apakah ia merasa itu suatu kewajiban yang harus dilakukan ataukah bersikap acuh tidak acuh ataukah beban yang perlu dihindari.	ordinal :  1 = sangat tidak setuju  2 = tidak setuju  3 = ragu-ragu  4 = setuju  5 = sangat setuju
3.	Kelengkapan rekam medis	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume	
4.	Akreditasi Puskesmas	Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015)	Ordinal :  1. sudah terakreditasi (paripurna atau utama)  2. Belum terakreditasi

---

5.	Koefisien korelitas intraklas	Penilaian kekuatan penilai	untuk mengetahui kesepakatan setiap	0,80 – 1,00 = sangat tinggi  0,60 – 0,79 = tinggi  0,40-0,59 = sedang  0,20-0,39 = rendah  <0.20 = sangat rendah
----	-------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	---

## F. Teknik Pengumpulan Data

### 1. Observasi

Penilaian rekam medis menggunakan checklist dan lembar kuisisioner yang sudah di validasi dan realibilitas. Pengambilan data validitas lembar checklist dilakukan di puskesmas banguntapan dan imogiri 2 dengan jumlah sampel 50 untuk setiap puskesmasnya. Penilaian lembar kuisisioner akan di isi oleh masing-masing dokter, sedangkan untuk penilaian ceklist rekam medis akan dinilai oleh 3 penilai yang berbeda. Masing-masing penilai akan

diberikan arahan mengenai kelengkapan rekam medis sebelum melakukan penilaian. Kemudian pada awal penelitian dilakukan uji coba penilaian dan penyamaan persepsi pada setiap penilai apakah didapatkan penilaian yang cenderung sama atau tidak. Penilai yang berbeda ini dimaksudkan untuk menghindari bias pada saat penelitian.

## **G. Uji Validitas dan Reliabilitas**

### **1. Uji Validitas**

Uji validitas terhadap instrumen ini dilakukan untuk membuktikan kelayakannya untuk digunakan sebagai alat pengambilan data penelitian. Jika jumlah subyeknya besar maka dalam pengambilan sampel dapat diambil 10 – 30 % atau lebih/ Uji validitas telah dilakukan di satu Puskesmas yang belum terakreditasi dan satu puskesmas yang sudah terakreditasi (Arikunto, 2006).

Untuk menyimpulkan valid atau tidaknya item pertanyaan dengan cara membandingkan jumlah  $r$  hitung dengan  $r$  tabel pada taraf signifikansi 5%. Pada lembar kuisioner perilaku nilai  $r$  hitung pada kuisioner perilaku ,

nilai  $r$  hitung dari 17 poin pertanyaan berkisar antara nilai 0,732 - 0,985 dengan nilai  $r$  tabel adalah 0,6228. Pada ceklist kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi berkisar antara 0,289-0,588 dengan nilai  $r$  tabel 0,160. Sedangkan pada ceklist kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang belum terakreditasi berkisar antara 0,358-0,680 dengan nilai  $r$  tabel 0,160. Untuk mengetahui apakah pertanyaan tersebut reliabel dan dapat digunakan maka semua pertanyaan yang valid dilanjutkan dilakukan uji reliabilitasnya

## 2. Uji Reliabilitas

Suatu instrument dikatakan reliabel apabila instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data karena item-item butir instrument tersebut sudah baik (Arikunto, 2006). Perhitungan uji reliabilitas dengan menggunakan rumus Alpha Croanbach pada kuisioner perilaku dokter yaitu 0,961, pada ceklist kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi dengan nilai 0,657 dan pada puskesmas yang

belum terakreditasi dengan nilai 0,620. Semuanya dikatakan reliabel dikarenakan nilai Alpha cronbach  $> 0.6$ .

## **H. Instrumen Penelitian**

### **1. Kuisisioner**

Kuisisioner berisi pertanyaan tertutup yang memuat 20 pertanyaan sebagai alat ukur pengetahuan dokter tentang rekam medis, 14 item pertanyaan sebagai alat ukur perilaku dokter terhadap rekam medis. Kuisisioner ini sudah divalidasi dan reliabilitas.

### **2. Checklist**

Pedoman observasi yang berisi pedoman untuk menilai kelengkapan berkas rekam medis sesuai dengan manual rekam medis yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Checklist sudah pernah digunakan pada penelitian terdahulu yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengisian Rekam Medis di Rumah Sakit Gigi Dan Mulut Pendidikan UMY”. Checklist sudah di validasi dan reliabilitas dengan sampel berasal dari puskesmas banguntapan 2 dan imogiri 2.

### 3. Alat Tulis

Alat tulis digunakan untuk menunjang pengumpulan data pada saat observasi dilakukan.

## **I. Analisis Data**

### 1. Pengolahan data

Data dari checklist dan kuisisioner di kumpulkan untuk persiapan pengolahan. Data dikumpulkan kemudian dilakukan analisis data.

### 2. Analisis data

- a. Data yang diperoleh dari Chek list kelengkapan kemudian akan dinilai prosentase kelengkapan rekam medis pada setiap puskesmas yang akan dinilai. Setiap penilaian yang dilakukan peneliti akan di uji analisis untuk menilai persamaan pada setiap peneliti. Data penilaian kelengkapan rekam medis kemudian akan di bedakan antara puskesmas yang belum terakreditasi dan puskesmas yang sudah terakreditasi. Kemudian data akan di analisis persebaran datanya apabila data terdistribusi

normal maka data akan di analisis menggunakan paired t test.

- b. Data yang diperoleh dari kuisioner dari masing-masing dokter akan dinilai pengetahuan dan perilaku berdasarkan pedoman penilaian yang telah dibuat.

## **J. Tahapan Penelitian**

### 1. Persiapan

- a. Studi pendahuluan

Diawal penelitian, peneliti melakukan pengamatan pada puskesmas yang berada di Yogyakarta, untuk menilai dimana saja puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi.

- b. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mendapatkan acuan penelitian dengan mencari bahan penelitian sebelumnya dan mencari materi-materi pendukung terkait perilaku dokter terhadap pengisian berkas rekam medis dan akreditasi puskesmas.

c. Pengadaan instrument

Pembuatan penilaian kelengkapan rekam medis dan kuisisioner perilaku dan pengetahuan dokter di puskesmas banguntapan 2 dan imogiri 2. Kemudian melakukan penilaian validitas dan reliabilitas checklist dan kuisisioner yang sudah dibuat.

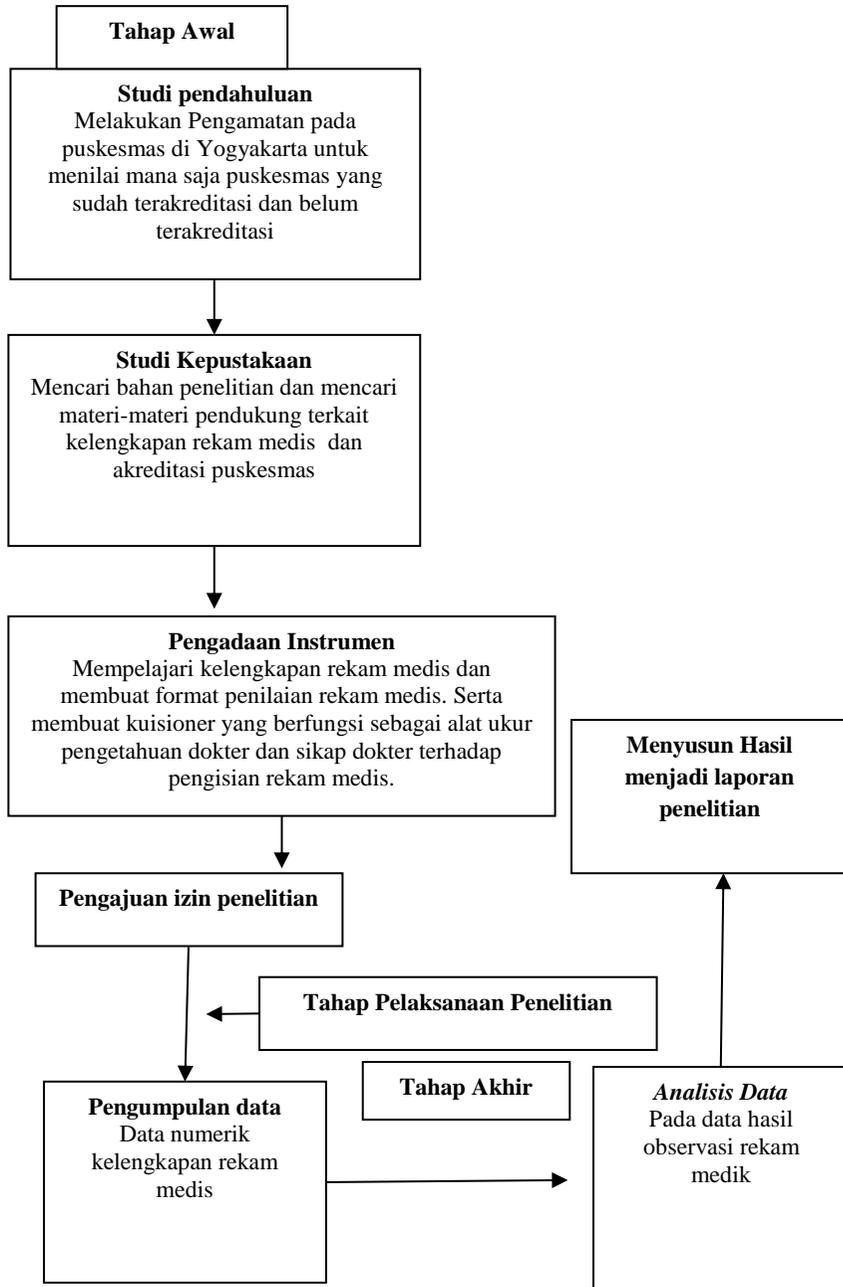
d. Pengajuan izin penelitian

2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

a. Melakukan penjelasan tentang kelengkapan rekam medis pada peneliti lainnya untuk menyamakan persepsi masing-masing peneliti. Mengumpulkan data terhadap sejumlah rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi yang dinilai oleh tiga penilai yang berbeda. Peneliti tidak akan mengambil data sendiri namun data akan diambil oleh rekan peneliti yang juga merupakan seorang dokter. Peneliti akan memberikan arahan kepada penilai mengenai kelengkapan rekam medis. Sebelum para penilai melakukan penilaiain terhadap rekam medis,

dilakukan penyamaan persepsi masing-masing penilai. Apabila persepsi lengkapnya rekam medis sudah sama, maka penelitian baru akan dimulai.

- b. Melakukan penilaian terhadap rekam medis yang ada di puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi.
  - c. Melakukan pengumpulan data terhadap sejumlah kuisioner sebagai alat ukur pengetahuan dokter dan alat ukur perilaku dokter terhadap pengisian berkas rekam medis pada puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi.
  - d. Melakukan penilaian terhadap kuisioner yang sudah diisi oleh dokter yang bertugas di puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi.
3. Tahap Akhir
- a. Dilakukan analisis pada data hasil observasi
  - b. Menyusun hasil data menjadi laporan penelitian.



**Gambar 3.1 Tahapan Penelitian**

## **K. Etika Penelitian**

Sebelum melakukan penelitian, peneliti meminta izin kepada kepala puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi sebagai tempat pelaksanaan penelitian. Etika penelitian ini berupa:

1. *Confidentiality*, melindungi kerahasiaan identitas responden dan menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan responden.
2. *Informed consent*, meminta persetujuan responden sebelum diwawancarai.
3. *Benefit*, peneliti berusaha memaksimalkan manfaat penelitian dan meminimalkan kerugian yang timbul akibat penelitian.
4. *Justice*, semua responden dalam penelitian ini diperlakukan secara adil dan diberi hak yang sama.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL PENELITIAN**

##### **1. Puskesmas Kabupaten Bantul**

Berdasarkan data yang didapat oleh peneliti, kabupaten Bantul memiliki puskesmas sejumlah 27 puskesmas. Menurut data yang diambil pada bulan Juli 2017 didapatkan 7 puskesmas yang rencana akan disurvei akreditasi bulan agustus – desember 2017 dan 20 lainnya sudah terakreditasi. Pemilihan puskesmas berdasarkan beberapa hal yaitu keseragaman jenis akreditasi dan jarak antar satu puskesmas ke puskesmas yang lain tidak begitu jauh. Saya memilih puskesmas pandak1, pandak 2, pleret, dan banguntapan karena semua wilayah puskesmas tersebut berada di selatan kabupaten bantul. Sedangkan piyungan ialah berada di dekat kabupaten Solo, oleh karena itu saya tidak menjadikan puskesmas piyungan sebagai salah satu sampel saya. Pada kabupaten Bantul didapatkan 7 puskesmas yang belum terakreditasi. Berdasarkan

wilayah puskesmas yang berada di selatan ialah dlingo1, dlingo 2, kretek dan imogiri 2. Sedangkan puskesmas banguntapan 1 dan 3 bertempat ke arah utara mendekati kota yogyakarta. Oleh karena itu 8 puskesmas yang digunakan dalam penelitian ini ialah pandak1, pandak 2, pleret, banguntapan 2 , dlingo 1, dlingo 2, kretek dan imogiri 2. Puskesmas banguntapan 2 dan imogiri akan di jadikan sampel pengukuran validitas dan reliabilitas kuisisioner dan ceklist yang akan digunakan.

**Tabel 4.1 Data akreditasi puskesmas di Kab Bantul- Juli 2017**

No.	Puskesmas	Akreditasi
1	Srandakan	Madya
2	Bambanglipuro	Madya
3	Imogiri I	Madya
4	Jetis I	Dasar
5	Jetis II	Dasar
6	Bantul I	Madya
7	Kasihani I	Dasar
8	Pajangan	Paripurna
9	Pandak I	Utama
10	Pandak II	Utama
11	Sanden	Madya
12	Pundong	Madya
13	Pleret	Utama
14	Banguntapan II	Utama

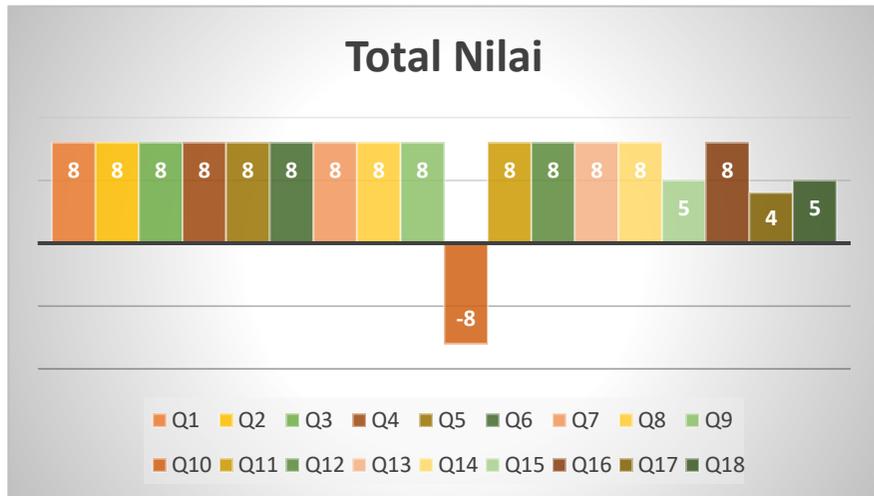
15	Piyungan	Utama
16	Sewon I	Hasil belum keluar (survei +)
17	Kasihani II	Hasil belum keluar (survei +)
18	Sedayu I	Hasil belum keluar (survei +)
19	Sedayu II	Hasil belum keluar (survei +)
20	Bantul II	Hasil belum keluar (survei +)
21	Sewon II	Belum
22	Kretek	Belum
23	Imogiri II	Belum
24	Banguntapan I	Belum
25	Banguntapan III	Belum
26	Dlingo I	Belum
27	Dlingo II	Belum

## 2. Data Hasil Penelitian

### a. Pengetahuan dokter

Kuisiner yang disebarkan sebanyak 17 kuisiner dan 9 di antaranya mengalami drop out. Sembilan kuisiner yang diberikan tidak dikembalikan kepada peneliti dengan berbagai alasan yaitu kuisiner hilang, lupa mengisi atau dokter sedang menjalani tugas ke luar daerah. Berdasarkan gambar 4.1 pertanyaan nomor 10, 17, dan 18 memiliki tingkat kesalahan tertinggi. Nilai tertinggi ialah 77 sedangkan nilai terendah ialah 55.

**Gambar 4.1** persebaran nilai berdasarkan pertanyaan



- Q1 = Anamnesis perlu di cantumkan di rekam medis
- Q2 = Pemeriksaan fisik di cantumkan di rekam medis
- Q3 = Diagnosis di cantumkan di rekam medis
- Q4 = Terapi cantumkan di rekam medis
- Q5 = Tindakan medis lain di cantumkan di rekam medis
- Q6 = Hasil pemeriksaan penunjang di cantumkan di rekam medis
- Q7 = Perkembangan keadaan pasien di cantumkan di rekam medis
- Q8 = Permintaan konsultasi di cantumkan di rekam medis
- Q9 = Jawaban Konsultasi di cantumkan di rekam medis
- Q10 = Catatan medis berupa tanda bahaya atau alergi dicatat di halaman depan
- Q11 = Resume medis atau hasil evaluasi dicatat dalam rekam medis
- Q12 = Tanda tangan pasien/keluarga sebagai persetujuan untuk tindakan medis
- Q13 = Perlu di cantumkan nama dan paraf tanda tangan dokter yang merawat
- Q14 = Tulisan jelas bisa dibaca

Q15 = Bila terjadi kekeliruan, tidak boleh dihilangkan atau dihapus dengan cara apapun, di coret kemudian di bubuhi paraf petugas yang bersangkutan

Q16 = Semua catatan dicantumkan tanggal dan jam pemeriksaan atau pemberian terapi

Q17 = Resume medis sudah harus dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang) kecuali bila tes dan atau otopsi belum ada

Q18 = Riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien dirawat

**Tabel 4.2 Perbandingan nilai pengetahuan dokter pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum**

Max = 100 Min = -100	Puskesmas yang sudah terakreditasi	Puskesmas yang belum terakreditasi
Dokter 1	66,67	66,67
Dokter 2	77,78	77,78
Dokter 3	77,78	55,56
Dokter 4	55,56	61,11
Rata-rata	69,44	65,27

Berdasarkan tabel 4.2 diatas didapatkan rata-rata nilai pengetahuan pada puskesmas yang sudah terakreditasi adalah 69,4 sedangkan pada puskesmas yang belum terakreditasi adalah 65,27.

## b. Perilaku Dokter

Kuisisioner yang disebarakan sebanyak 17 kuisisioner dan 9 di antaranya mengalami drop out. Sembilan kuisisioner yang diberikan tidak dikembalikan kepada peneliti dengan berbagai alasan yaitu kuisisioner hilang, lupa mengisi atau dokter sedang menjalani tugas ke luar daerah. Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan hasil nilai tertinggi untuk perilaku ialah dokter 2 dengan nilai 90,59 sedangkan nilai terendah ialah dokter 7 dengan nilai 67,06.

**Tabel 4.3 Nilai Perilaku Dokter**

Dr	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Nilai
1	5	5	4	5	5	5	5	5	2	3	5	2	4	5	88,24
2	4	5	4	4	5	5	5	4	2	5	5	5	4	5	90,59
3	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	1	5	85,88
4	5	3	4	5	5	5	4	5	4	4	4	1	4	5	85,88
5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	4	5	2	1	5	70,59
6	5	2	4	5	5	5	5	5	1	4	4	1	4	4	81,18
7	4	3	1	3	4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	67,06
8	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	75,29

Q1 = Bertanggung jawab terhadap kelengkapan rekam medis

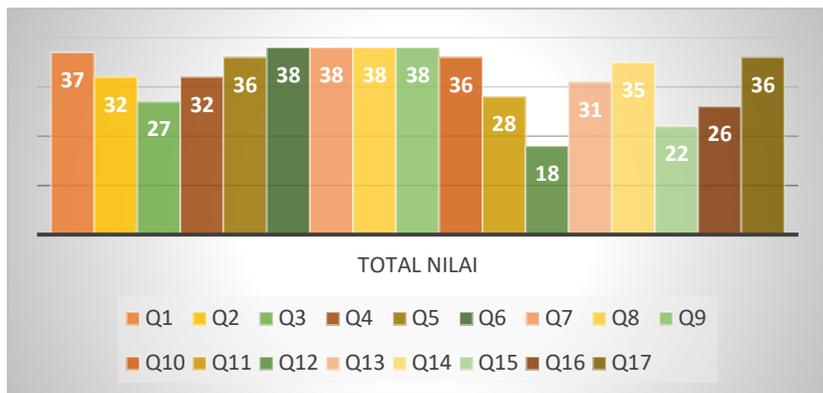
Q2 = Mengisi rekam medis tidak merepotkan

Q3 = Salah satu tujuan dokter ialah mengisi rekam medis dengan lengkap

Q4&8 = Mengisi rekam medis yang lengkap bukan hanya tanggung jawab dokter

- Q5&11 = Mengisi rekam medis dengan lengkap dapat memudahkan sejawat lain
- Q6&12 = Mengisi rekam medis dengan lengkap berarti sudah memberi pelayanan yang baik kepada pasien
- Q7 = Penting bagi dokter untuk mengisi rekam medis dengan lengkap, jelas, dan tepat waktu
- Q8&13 = Rekam medis yang lengkap bermfaat pemberi pelayanana
- Q9 = Mengisi rekam medis yang lengkap terkadang menghabiskan waktu
- Q10 = Rekam medis adalah alat komunikasi tenaga kesehatan
- Q14 = Proses akreditasi membuat dokter ingin melengkapi rekam medis

**Gambar 4.2 persebaran nilai berdasarkan pertanyaan**



Berdasarkan gambar 4.2 diatas pertanyaan yang memiliki nilai terendah ialah pertanyaan nomor 12 yang berisi tentang pengisian rekam medis yang lengkap menghabiskan waktu, nomor 15 yang berisi tentang penulisan rekam medis yang tidak lengkap tidak berarti

tidak memberikan pelayanan yang baik, nomor 16 yang berisi tentang rekam medis yang tidak lengkap akan memiliki manfaat. Berdasarkan tabel 4.4 rata-rata nilai perilaku dokter pada puskesmas yang sudah terakreditasi ialah 87,64 dan rata-rata nilai perilaku dokter pada puskesmas yang belum terakreditasi ialah 73,52.

**Tabel 4.4 Perbandingan nilai perilaku dokter pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum**

Max = 100 Min = 20	Puskesmas yang sudah terakreditasi	Puskesmas yang belum terakreditasi
Dokter 1	88,24	70,59
Dokter 2	90,59	81,18
Dokter 3	85,88	67,06
Dokter 4	85,88	75,29
Rata-rata	87,64	73,52

**c. Kekuatan Kesepakatan Penilai Kelengkapan Rekam Medis**

Berdasarkan tabel 4.5 analisis korelasi koefisien intra-klas pada 3 penilai yang berbeda didapatkan hasil nilai signifikansi yaitu 0,976 yang berarti kekuatan kesepakatan setiap penilai sangat tinggi.

**Tabel 4.5 Perbedaan presentase kelengkapan rekam medis pada setiap penilai**

Nama Puskesmas	Penilai			Min	Max	Presentase
	NV	NS	AS			
Pkm 1	59%	61%	60%	59%	61%	60%
Pkm 2	73%	74%	73%	73%	74%	73%
Pkm 3	72%	73%	71%	71%	73%	72%
Pkm 4	78%	78%	77%	77%	78%	78%
Pkm 5	98%	97%	97%	97%	98%	97%
Pkm 6	66%	65%	67%	65%	67%	66%
Sig.	0,976					

**d. Kelengkapan rekam medis**

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan presentase kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang belum terakreditasi ialah 60%, 73%, dan 72%.

**Tabel 4.6 Kelengkapan Rekam Medis pada Puskesmas yang belum terakreditasi**

Kriteria penilaian	PKM 1		PKM 2		PKM 3	
	N	%	N	%	N	%
Nama	150	100	150	100	150	100
TTL/Umur	139	93	149	99	136	91
Jenis Kelamin	78	48	11	7	78	48
Alamat	146	97	150	100	148	99
Status Perkawinan	0	0	82	39	91	55
Tgl Px	150	100	146	97	150	100
Waktu Px	0	0	1	1	0	0
Anamnesis	82	55	117	78	117	78
Px Fisik	87	58	86	57	125	83
Diagnosis	107	71	150	100	146	97
Tatalaksana	147	98	148	99	149	99
Pelayanan Profesi lain	0	0	0	0	48	32
Kelengkapan	60%		73%		72%	
Tidak Lengkap	40%		17%		18%	

**Tabel 4.7 Kelengkapan Rekam Medis pada Puskesmas yang sudah terkreditasi**

Kriteria penilaian	PKM 4		PKM 5		PKM 6	
	N	%	N	%	N	%
Nama	150	100	150	100	150	100
TTL/Umur	147	99	150	100	145	98
Jenis Kelamin	93	62	134	89	0	0
Alamat	150	100	150	100	150	100
Status Perkawinan	0	0	148	99	0	0
Tgl Px	146	97	146	97	149	99
Waktu Px	0	0	143	95	33	22
Anamnesis	147	98	147	98	147	98
Px Fisik	141	58	144	57	143	83
Diagnosis	147	94	147	95	141	96
Tatalaksana	147	98	147	99	149	99
Pelayanan Profesi lain	129	86	142	95	140	93
Kelengkapan	78%		97%		66%	
Tidak Lengkap	12%		3%		34%	

Sedangkan berdasarkan tabel 4.8 diatas didapatkan presentase kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi ialah 78%, 97%, dan 66%.

Berdasarkan analisis menggunakan paired t-test yang dilakukan untuk menilai adakah perbedaan kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi didapatkan nilai sig 0,0001 maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah dan belum terakreditasi.

**Tabel 4.8 Analisa kelengkapan rekam medis**

puskesmas	% kelengkapan rekam medis			Sig. CI 95%
	Pkm 1	Pkm 2	Pkm 3	
Belum di akreditasi	60	73	72	0,000
	Pkm 4	Pkm 5	Pkm 6	
Sudah di akreditasi	78	97	66	

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Pengetahuan Dokter Terhadap Rekam Medis**

Dari hasil analisa pengetahuan dari 8 dokter yang mengisi lembar kuisioner mengerti bahwa rekam medis berisi anamnesis, pemeriksaa, diagnosis, terapi, tindakan medis lain serta hasil pemeriksaan penunjang, tidak ada satupun (0%) dokter yang mengetahui bagaimana meletakkan tanda bahaya / alergi pada suatu rekam medis, terdapat 5 dokter (62,5%) yang mengetahui bagaimana cara menghapus data pada rekam medis apabila terjadi kekeliruan, terdapat 1 dokter (12,5%) yang mengetahui bahwa resume medis sudah harus dilengkapi waktu 2x24 dan maksimal 14 hari setelah pasien pulang sesuai dengan Permenkes No.749a tahun 1989, dan terdapat 1 dokter (12,5%) yang mengetahui riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien dirawat.

Dari penelitian didapatkan bahwa pengetahuan dokter yang paling kurang mengerti ada pada pengetahuan

mengenai tata cara penyelenggaraan rekam medis. Pengetahuan seseorang didapat dari berbagai sumber, dari proses selama belajar di bangku sekolah, pengalaman, buku, atau bahkan dari orang-orang disekitar. Pengetahuan ini diharapkan dapat dijadikan suatu keyakinan sehingga seseorang dapat berperilaku sesuai dengan keyakinan tersebut. Pengetahuan juga merupakan resultan dari akibat proses pengindraan (penglihatan dan pendengaran) terhadap suatu obyek (Soekidjo. N, 2003).

Dengan tingginya pengetahuan dokter tentang rekam medis diharapkan setiap dokter dapat menuliskan rekam medis setiap pasien dengan lengkap. Namun, memang tidak semua dokter yang memiliki pengetahuan yang baik tentang rekam medis dapat mengisi rekam medis dengan lengkap dan benar tanpa didasari oleh kemauan yang kuat untuk melakukan apa yang dokter ketahui tentang rekam medis. Oleh karena itu, dengan adanya proses akreditasi pada puskesmas ini diharapkan setiap dokter memiliki faktor penguat yang berpengaruh langsung dalam membuat

rekam medis yang lengkap sesuai dengan teori Lawrence Green & B.F Skinner (Zaini, 2013a).

## 2. **Perilaku Dokter**

Dari hasil analisa perilaku dari 8 dokter yang mengisi lembar kuisioner hampir sebagian besar presentase melebihi 70%. Terdapat 3 orang dokter (37,5%) yang menyatakan sangat setuju bahwa mengisi rekam medis dengan lengkap menghabiskan waktu, 2 orang dokter (25%) menyatakan setuju bahwa mengisi rekam medis dengan lengkap menghabiskan waktu, 1 orang dokter (12,5%) menyatakan bahwa ragu-ragu mengisi rekam medis dengan lengkap menghabiskan waktu, dan 3 orang dokter (37,5%) menyatakan tidak setuju mengisi rekam medis dengan lengkap menghabiskan waktu. Sedangkan perilaku yang memiliki nilai rendah yang lain ialah apabila dokter mengisi rekam medis secara tidak lengkap, tidak berarti dokter memberi pelayanan yang tidak baik kepada pasien. Terdapat 2 orang dokter (25%) yang sangat tidak setuju, artinya dokter beranggapan dengan rekam medis

yang tidak lengkap dokter sudah memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Padahal salah satu kriteria pelayanan di berikan secara baik ialah dapat menuliskan rekam medis dengan lengkap sesuai dengan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, bahwa setiap dokter wajib membuat rekam medis dalam menjalankan praktik kedokteran. Setelah memberikan pelayanan praktik kedokteran kepada pasien, dokter segera melengkapi rekam medis dengan mengisi atau menulis semua pelayanan praktik kedokteran yang telah dilakukannya. Sedangkan 2 orang dokter (25%) menyatakan sangat setuju bahwa apabila rekam medis tidak ditulis lengkap dokter belum memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Permasalahan dan kendala utama dalam melaksanakan rekam medis adalah dokter dan dokter gigi tidak dapat menyadari sepenuhnya manfaat dan kegunaan rekam medis itu sendiri, baik pada sarana pelayanan kesehatan maupun praktik perseorangan. Akibatnya, rekam medis dibuat tidak lengkap, tidak jelas dan terkadang tidak tepat waktu.

Sikap adalah reaksi tertutup, hanya dapat di tafsirkan dari perilaku yang tampak. Beberapa mengungkapkan sikap ialah suatu respon evaluatif yang berdasarkan proses evaluasi setiap manusia yang akan disimpulkan sebagai pilihan positif maupun pilihan negatif (Kartono, 1990).

Sikap juga dapat diartikan sebagai keadaan mental dan keadaan pikir yang diberikan dalam tanggapan terhadap suatu obyek yang di atur berdasarkan pengalaman yang dapat berpengaruh secara langsung atau tidak langsung terhadap perilaku (Ajzen 2005) .

Pada penelitian yang dilakukan di United State dilakukan penelitian mengenai kepatuhan menjalankan penatalaksanaan manajemen terapi pada pasien AMI (n= 33238 pasien dari 344 rumah sakit) didapatkan pada Society of Chest Pain Centers (SCPC) yang telah terakreditasi (n=3059) signifikan lebih patuh memberikan aspirin dan B-blocker kurang dari 24 center yang belum terakreditasi (n=30 179) (Chandra et al., 2009).

Berdasarkan analisa data dari Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) di US (n=134579 pasien dari 4221 rumah sakit), pasien yang di terapi di rumah sakit yang sudah terakreditasi mendapatkan kualitas pelayanan yang lebih baik untuk terapi acute myocardial infarction (AMI) dibandingkan pasien yang di terapi di rumah sakit yang belum terakreditasi. Pada penelitian ini didapatkan angka mortality pada kasus post AMI di rumah sakit yang sudah terakreditasi lebih rendah dibandingkan yang belum terakreditasi (Chen et al., 2003).

Pada studi lain di Copenhagen pada 51 unit (38 bedah dan 13 anestesi) pada rumah sakit yang di akreditasi lebih mematuhi guideline dibandingkan rumah sakit yang belum di akreditasi (Juul et al., 2005).

Perilaku belum tentu akan terwujud secara otomatis dalam prakteknya, suatu perilaku akan menjadi perbuatan yang nyata akan memerlukan beberapa faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan. Faktor-faktor yang dapat pendukung lengkapnya penilaian rekam medis ialah

dengan adanya proses akreditasi. Proses akreditasi ini diharapkan dapat menjadi faktor penguat seseorang untuk bersikap sebagai mana sudah diatur oleh undang-undang.

### 3. **Kelengkapan Rekam Medis**

Berdasarkan 6 puskesmas yang diambil data kelengkapan rekam medis yang di ambil datanya. Nilai kelengkapan pengisian dokumen rekam medis paling rendah ialah puskesmas yang belum terakreditasi dengan nilai presentase 60%, sedangkan nilai kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang paling tinggi ialah puskesmas yang sudah terakreditasi dengan nilai 97%. Berdasarkan pengisian kolom waktu hanya 48 rekam medis yang terisi dari 300 rekam medis yang dinilai, sedangkan penilaian kolom status perkawinan hanya 107 rekam medis yang terisi dari 300 rekam medis yang dinilai, dan pada penilaian kolom pelayanan oleh profesi lain dalam hal ini keperawatan hanya terisi 106 rekam medis yang terisi dari 300 rekam medis yang dinilai.

Untuk nilai rerata pengisian kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang belum terakreditasi ialah 68,3% sedangkan nilai rerata pengisian kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi ialah 80,3%. Terdapat nilai selisih perbedan 12% antara puskesmas yang belum terakreditasi dan sudah terakreditasi. Berdasarkan Peraturan Pemerintah No 32/1996 dokter berkewajiban membuat rekam medis dan menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang kelengkapan isi rekam medis tentunya setiap dokter harus melengkapi setiap dokumen rekam medis (kelengkapan 100%) .

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.

Permasalahan dan kendala utama pada pelaksanaan rekam medis adalah dokter dan dokter gigi tidak menyadari sepenuhnya manfaat dan kegunaan rekam medis, baik pada sarana pelayanan kesehatan maupun pada praktik perorangan, akibatnya rekam medis dibuat tidak lengkap, tidak jelas dan tidak tepat waktu.

Program akreditasi pada penyedia layanan kesehatan seharusnya dapat didukung untuk meningkatkan layanan kesehatan. Salah satu hambatan terpenting dalam pelaksanaan program akreditasi adalah skeptisisme profesional kesehatan pada umumnya dan dokter khususnya mengenai dampak positif program akreditasi terhadap kualitas layanan kesehatan (Pomey et al., 2004). Perlunya kebutuhan untuk memberikan edukasi pada pemberi pelayanan profesional kesehatan tentang potensi

manfaat akreditasi untuk mengatasi sikap skeptis pemberi layanan kesehatan terhadap akreditasi (Alkhenizan and Charles Shaw, 2011).

Saat ini telah ada pedoman rekam medis yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI, namun pedoman tersebut hanya mengatur rekam medis rumah sakit. Karena itu, diperlukan acuan rekam medis penyelenggaraan praktik kedokteran yang berkaitan dengan aspek hukum yang berlaku baik untuk rumah sakit negeri, swasta, khusus, puskesmas, perorangan dan pelayanan kesehatan lain. Rekam medis merupakan hal yang sangat menentukan dalam menganalisa suatu kasus sebagai alat bukti utama yang akurat.

Berdasarkan uji analitik menggunakan paired t-test untuk menilai apakah terdapat perbedaan kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi didapatkan hasil nilai signifikansi 0,001 yang berarti terdapat perbedaan nilai kelengkapan rekam medis. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh

Lawrence and Green suatu aturan yang dibuat oleh pemerintahan dapat menjadikan suatu faktor penguat seseorang dalam berperilaku. Dalam hal ini, penilaian proses akreditasi ialah suatu faktor penguat seseorang dalam berperilaku.

#### **4. Akreditasi dan pengaruhnya**

Program akreditasi telah berkembang pada pelayanan sosial dan kesehatan beberapa dekade ini sebagai respon untuk meningkatkan kualitas dan penilaian layanan dan mengutkan rasa berkompetisi pada semua jenis pelayanan sosial dan kesehatan (Mays.Glen P, 2004). Berdasarkan review jurnal yang ditulis oleh Mays.Glen pada tahun 2004, menyatakan bahwa program akreditasi dapat menghasilkan efek-efek yang positif dalam kualitas pelayanan, hasil pelayanan dan juga operasional penyedia layanan.

Saat ini, hampir semua manager pelayanan kesehatan serta pembuat kebijakan aturan harus dapat mengevaluasi dan mengontrol kualitas sehingga dapat meningkatkan

kualitas pelayanan itu sendiri. Oleh karena itu, dengan banyaknya tuntutan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, program akreditasi ini mulai berkembang di seluruh dunia 10 tahun belakangan ini. Pada banyak industri, akreditasi ini dikenali sebagai simbol yang dapat mengindikasikan suatu simbol kualitas yang menunjukkan bahwa suatu organisasi sudah memenuhi suatu standar yang ditetapkan dan memberikan kesempatan pada suatu organisasi untuk mengevaluasi program mereka apakah sudah sesuai dengan standar nasional (R and Meidani Z 2006) .

Pada suatu studi yang di lakukan Dra G menyatakan bahwa suatu organisasi pelayanan kesehatan dapat menjadikan rekam medis sebagai catatan utama yang digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi suatu pelayanan. Banyak studi membuktikan bahwa kualitas suatu rekam medis dapat mencerminkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh seorang dokter (Dra, 2000).

Beberapa bukti membuktikan bahwa program akreditasi dapat meningkatkan proses pelayanan di layanan primer kesehatan dan dapat berpengaruh terhadap klinis seorang pasien. Oleh karena itu, program akreditasi ini seharusnya didukung dan dapat dijadikan alat dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Alkhenizan and Charles Shaw, 2011).

Berdasarkan jurnal yang ditulis Mahi Al Tehewy pada tahun 2009 yang berjudul *Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes* menunjukkan hasil bahwa pada pusat layanan yang sudah di akreditasi menampilkan presentase nilai yang lebih tinggi dibandingkan pusat layanan yang belum terakreditasi. Beberapa hal yang dibandingkan dalam studi ini ialah, fungsi sistem alarm, alat-alat kesehatan, pelayanan pasien dalam mencatat perkembangan pasien diabetes, hipertensi dan dalam memberikan pelayanan antenatal (Tehewy et al., 2009).

Salmon et al. melakukan studi mengenai akreditasi pada sebuah rumah sakit, ia menjadikan sanitasi rumah sakit sebagai salah satu indikator untuk membandingkan. Salmon percaya bahwa tingkat kesehatan suatu rumah sakit sangat berhubungan erat dengan pencegahan infeksi didalam suatu rumah sakit. Dalam studinya ia menghasilkan sanitasi pada rumah sakit yang sudah terakreditasi lebih baik dibandingkan rumah sakit yang belum terakreditasi (Salmon et al., 2003). Penelitian yang sama juga di lakukan Duckett di Zambia dan menghasilkan sanitasi pada rumah sakit yang sudah terakreditasi lebih baik disbanding rumah sakit yang belum terakreditasi (Duckett, 1983).

Dalam survei potong lintang (n = 145) yang dilakukan di Filipina, dengan menggunakan kasus skenario, kualitas perawatan klinis secara signifikan lebih baik pada dokter yang sudah terakreditasi dibandingkan dengan dokter yang tidak terakreditasi (Quimbo et al., 2008).

Pada uji potong lintang yang dilakukan di Jepang pada 2 tahun terakhir (n=638 rumah sakit), skor penilaian kontrol infeksi signifikan berhubungan dengan status akreditasi rumah sakit (Sekimoto et al., 2008). Pada penelitian retrospektif pada 24 trauma center yang sudah terakreditasi di United States (n=88 723 pasien), akreditasi signifikan berhubungan dengan angka survival rate pada pasien yang memiliki 6 jenis cedera trauma (Pasquale et al., 2001). Pada analisis pasien rawat jalan pusat bedah di US, terdapat signifikansi penurunan rawat inap yang tidak terkira pada pasien yang sedang dilakukan kolonoskopi (n=315 070) di rawat jalan pusat bedah yang sudah terakreditasi dibandingkan pusat bedah yang belum terakreditasi. Pada studi ini juga mengatakan bahwa terdapat penurunan angka rawat inap pada pasien yang telah menjalani operasi katarak (n=245154;  $P=.08$ ) pada pusat bedah yang sudah terakreditasi dibandingkan yang belum terakreditasi (Manachemi et al., 2008).

Program akreditasi telah dikembangkan untuk berbagai macam organisasi pelayanan kesehatan selama beberapa dekade terakhir sebagai tanggapan atas meningkatnya tekanan untuk meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan dan meningkatkan budaya berkompetisi bagi setiap organisasi penyedia layanan kesehatan (Glen P. Mays, 2004). Tekanan ini mencakup kekhawatiran publik yang meningkat tentang perbedaan yang cukup besar terkait kualitas dalam memberikan pelayanan kesehatan pada setiap organisasi penyedia layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta. Keadaan ini menunjukkan bahwa jika program akreditasi berhasil memperkuat sistem penyamarataan penyedia layanan kesehatan yang dapat menjanjikan bidang kesehatan masyarakat (Glen P. Mays, 2004).

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. KESIMPULAN**

1. Pengetahuan dokter tentang rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi cenderung lebih tinggi dibandingkan pengetahuan dokter pada puskesmas yang belum terakreditasi
2. Penilaian perilaku dokter terhadap rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi cenderung lebih tinggi dibandingkan penilaian perilaku dokter pada puskesmas yang belum terakreditasi.
3. Terdapat perbedaan yang bermakna pada kelengkapan rekam medis di puskesmas yang belum dan sudah terakreditasi

## **B. SARAN**

Dari seluruh kesimpulan yang telah dijabarkan diatas, saran dari peneliti yaitu:

1. Bagi pemerintah

Pedoman rekam medis yang saat ini adalah ialah pedoman untuk rumah sakit. Oleh karena pentingnya pengolahan rekam medis di puskesmas, klinik, rumah sakit khusus maka juga diperlukan pedoman rekam medis untuk masing-masing tempat pelayanan kesehatan. Karena, rekam medis merupakan hal yan sangat menentukan dalam penganalisaan suatu kasus dan tentu dapat dijadikan alat bukti tertulis utama yang akurat.

2. Bagi puskesmas

Untuk meningkatkan kelengkapan rekam medis, di harapkan setiap puskesmas dapat membuat format rekam medis sesuai dengan manual rekam medis yang sudah di terbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 dan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di

Indonesia yang dikeluarkan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Harapannya peningkatan pengetahuan tentang kelengkapan rekam medis, dan mengetahui seberapa penting rekam medis yang lengkap dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan ada penelitian lebih lanjut dengan populasi yang lebih besar, variabel yang lebih luas dan pengambilan data yang lebih lengkap. Serta mengikutsertakan perawat, perekam medis, bidan, apoteker, fisioterapist, dokter gigi sebagai responden penelitian, untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan perilaku tenaga kesehatan terhadap kelengkapan rekam medis.

### **C. KETERBATASAN PENELITIAN**

Selama proses menjalankan penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yang mempengaruhi hasil dari penelitian ini, yaitu:

1. Penelitian ini dilakukan di berbagai puskesmas di kabupaten Bantul, namun beberapa puskesmas yang belum terakreditasi ternyata sudah mempersiapkan akreditasi untuk tahun 2017. Sehingga, dikhawatirkan penilaian kelengkapan rekam medis menjadi bias. Selain itu, dokter yang dapat mengisi kuisisioner hanya sedikit dan tidak semua dokter mengembalikan kuisisioner.
2. Waktu penelitian yang relatif singkat sehingga terdapat kesulitan dalam memenuhi seluruh jumlah responden dalam waktu tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abu, D.R.P., 2014b. Pemanfaatan Rekam Medik di Puskesmas kassi-kassi berdasarkan rekam medik yang terstandar Nasional.
- Aditama, Adelina Hasyim, Mona adha, 2013. Pengaruh Sikap Dan Motivasi Masyarakat Terhadap Partisipasi Dalam Pelaksanaan Kegiatan Siskamling. *J. Kult. Demokr.* 1.
- Ali, Asrori, 2006. Psikologi Remaja, Perkembangan Peserta Didik. Bumi Aksara, Jakarta.
- Alkhenizan, A., Charles Shaw, 2011. Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. *Ann. Saudi Med.* 407–416. <https://doi.org/10.4103/0256-4947.83204>
- Arikunto, 2006. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek. RIneka Cipta, Jakarta.
- Chandra, Glickman, Ou FS, Peacock WF, Mc Cord JK, Cairns CB, Peterson ED, Ohman EM, Gibler WB, Roe MT, 2009. An analysis of the Association of Society of Chest Pain Centers Accreditation to American College of Cardiology/American Heart Association non-ST-segment elevation myocardial infarction guideline adherence. *Ann. Emerg. Med.* 54, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.01.025>. Epub 2009 Mar 12.
- Chen, SS, R., Krumholz HM, Radford MJ, 2003. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Aff Millwood* 22, 243–254.
- Dra, G., 2000. Some related factors associated to the quality of cesarean section performance in Haraponkita children & maternity hospital in Jakarta. 13th Int. Health Rec. Congr. Conjunction 21th Conf. HIMAA Melb. 1–7.

- Duckett, S., 1983. Changing hospitals: The role of hospital accreditation 17, 1573–1579.  
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90102-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90102-8)
- Glen P. Mays, 2004. Can Accreditation Work In Public Health? Lessons From Other Service Industries. Univ. Ark. Med. Sci.
- Juul, Gluud C, Wetterslev J, 2005. The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 18, 321–328.
- Kartono, K., 1990. Psikologi Umum. Mandar Maju, Bandung.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2008. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 1989. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 749a | Menkes / Per / Xii / 1989 Tentang Rekam Medis / Medical Records Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Konsil Kedokteran Indonesia, 2006a. Manual Rekam Medis.
- Konsil Kedokteran Indonesia, 2006c. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 15/Kki/Per/Viii/2006.

- Lau, H.S., Florax, C., Porsius, A.J., De Boer, A., 2001. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 49, 597–603. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2000.00204.x>
- Lewin, S., Lavis, A.D.O.J.N., Gabriel Bastías, Chopra, M., 2008. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Alma-Ata: Rebirth and Revision* 2 372, 928–939. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61403-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61403-8)
- Manachemi, Chukmaitov (terakhir), Brown LS, Saunders C, Brooks RG, 2008. Quality of care in accredited and nonaccredited ambulatory surgical centers. *Jt. Commission J. Qual. Patient Saf.* 34, 546–51.
- Notoatmodjo, S., 2007. . Pendidikan dan Perilaku kesehatan. Cetakan 2 Jakarta: PT. Rineka Cipta. PT Rineka Citra, Jakarta.
- Pasquale, Peitzman AB, J, B., Wasser TE, 2001. Outcome analysis of Pennsylvania trauma centers: factors predictive of nonsurvival in seriously injured patients. *J. Trauma* 50, 467–472.
- Pomey, Contandriopoulos AP, Francois, Bertrand D, 2004. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 17, 113–124.
- Quimbo, Peabody JW, R, S., Woo K, Solon O, 2008. Should we have confidence if a physician is accredited? A study of the relative impacts of accreditation and insurance payments on quality of care in the Philippines. *Soc Sci Med* 67, 505–510.

- Republik Indonesia, 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Republik Indonesia, 2004. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
- Republik Indonesia, 1996. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996.
- Republik Indonesia, 1966. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 1966.
- Ridho, K.M., Rosa, E.M., Suparniati, E., 2013. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengisian Rekam Medis Di Rumah Sakit Gigi Dan Mulut Pendidikan UMY. *J. Medicoeticolegal Dan Manaj. Rumah Sakit 2*.
- Salmon, Heavens J, C, L., Tavrow P, 2003. The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal province, Republic of South Africa. Bethesda Md. Univ. Res. Co.
- Santosa, E., Rosa, E.M., Nadya, F.T., 2013. Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Patient Safety di RSGMP UMY 66.
- Sekimoto, Imanaka Y, H, K., Okubo T, J, K., Kobuse H, H, M., Tsuji N, Yamaguchi A, 2008. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. *Am. J. Infect. Control 36*, 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.04.276>.
- Shaw, C., 2003. Evaluating accreditation. *Int. J. Qual. Health Care 15*, 455–456.
- Tehewy, A., Salem B, Habil I, El Okda S, 2009. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. *Int. J. Qual.*

Health Care 21, 183–189.  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp014>

- Tiara, W., Marwati, T., Solikhah, 2010a. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Yogyakarta. *J. Kes Mas UAD Vol 4 No 1*.
- Tiara, W., Pamungkas, T., Marwati, S., 2010b. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Yogyakarta. *J. Kes Mas UAD Vol 4 No 1*.
- Ulfa, H.M., 2015a. Analisis Pelaksanaan Pengelolaan Rekam Medis di Puskesmas Harapan Raya Kota Pekanbaru. *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones. 3*, 39–42.
- Ulfa, H.M., 2015b. Analisis Pelaksanaan Pengelolaan Rekam Medis di Puskesmas Harapan Raya Kota Pekanbaru. *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones. 3*, 39–42.
- Wahyuni, N., Baharudin, 2008. *Teori Belajar dan Pembelajaran*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media, 2008. Ar-Ruzz Media.
- Wang, S.J., Blackford Middleton, Prosser, L.A., Christiana G. Bardon, Cynthia D. Spurr, 2003. A Cost-Benefit Analysis of Electronic Medical Records in Primary Care. *Excerpta Medica Inc.* [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(03\)00057-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(03)00057-3)
- WHO, 2003. *Quality and accreditation in health care services : A global review*. Geneva.
- Young, P., Elul, B., Maulsby, C., Winchell, D., Mavie, B., Fernandes, R., Assan, A.R., Gorrell, S., Nash, D., 2010. Medical record completeness and accuracy at an HIV clinic in Mozambique, 2005-2006. *J. Health Inform. Dev. Ctries. 4*.

Zaini, R., 2013b. Studi atas pemikiran B.F Skinner tentang belajar.  
J. Terampil 2013 Vol 1 1 11–14.

## LAMPIRAN

### Kuisisioner Perbedaan Perilaku Dokter Terhadap Kelengkapan Rekam Medis Pada Puskesmas Yang Sudah Terakreditasi Dan Belum Terakreditasi

Perihal : Permohonan Pengisian Kuisisioner

Kepada Yth. : Bapak/Ibu Dokter

Di Puskesmas

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian pendidikan di Pasca sarjana Magister Manajemen Rumah sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta maka mahasiswa diwajibkan untuk menyusun tesis. Untuk proses penyusunannya dilakukan penelitian yang pengumpulan datanya menggunakan kuisisioner ini. Oleh karena itu, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagai dokter di puskesmas untuk meluangkan waktu mengisinya.

Kuisisioner ini merupakan daftar pertanyaan yang disusun untuk memperoleh gambaran mengenai perbedaan perilaku dokter dan kelengkapan rekam medis pada puskesmas yang sudah terakreditasi dan belum terakreditasi. Jawaban Bapak/Ibu tidak akan mempunyai dampak apapun terhadap karir. Untuk itu tidak perlu ragu-ragu dalam memberikan jawaban yang sejujurnya sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu.

Setiap jawaban yang diberikan merupakan bantuan yang tidak ternilai bagi penelitian ini. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi manajemen pada puskesmas atau pihak lain yang terkait menyangkut dengan perilaku dokter dalam pengisian rekam medis. Sehubungan dengan hal tersebut peneliti meminta kesediaan saudara/i untuk mengisi kuisisioner ini dengan menandatangani kolom di bawah ini. Atas kesediaannya dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih. Atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Responden

Peneliti

(                    )

dr. Aisyah Shofiatun Nisa

Pertanyaan terdiri atas dua bagian, yaitu:

A. Pertanyaan yang menyangkut identitas responden

Cara Mengisi:

1. Berilah tanda silang (X) sesuai jawaban pilihan anda
2. Pilihlah satu jawaban yang benar sesuai dengan keadaan sebenarnya.

#### IDENTITAS RESPONDEN

1. Umur:.....tahun
  - < 20 tahun
  - 21 sampai dengan 35 tahun
  - 36 sampai dengan 50 tahun
  - 51 tahun
2. Masa Kerja: ..... tahun
  - < 5 tahun
  - 6 sampai dengan 10 tahun
  - 11sampai dengan 20 tahun
  - > 21 tahun
3. Jenis kelamin:
  - Laki-laki
  - Perempuan
4. Jenis Kepegawaian
  - Dokter PTT
  - Dokter paruh waktu/kontrak
  - Dokter tetap

B. Pertanyaan yang menyangkut dengan perilaku dokter dalam pengisian rekam medis

No responden :.....(diisi oleh peneliti)

Nama responden :

.....

- a. Alat ukur pengetahuan  
Mohon dilingkari jawaban yang paling tepat menurut pendapat saudara  
TT : Tidak tahu  
S : Salah  
B : Benar

Pertanyaan :

1	Anamnesis awal pasien masuk puskesmas dicatat dalam rekam medis	TT	B	S
2	Pemeriksaan fisik pasien pada waktu masuk puskesmas dicatat dalam rekam medis	TT	B	S
3	Diagnosis penyakit dicatat dalam rekam medis	TT	B	S
4	Terapi yang diberikan dicatat di dalam rekam medis	TT	B	S
5	Tindakan medis lain dicatat dalam rekam medis	TT	B	S
6	Hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium, radiologi dll) tercantum dalam rekam medis	TT	B	S
7	Perkembangan keadaan pasien (hasil follow up) dari waktu ke waktu dicatat dalam rekam medis	TT	B	S
8	Permintaan konsultasi (bila perlu) dicatat dalam rekam medis	TT	B	S
9	Jawaban konsultasi dicatat dalam rekam medis	TT	B	S
10	Catatan medis lain berupa tanda bahaya/ peringatan (misalnya reaksi alergi terhadap obat atau zat tertentu dicatat pada halaman khusus rekam medis)	TT	B	S
11	Resume medis atau hasil evaluasi dan rencana selanjutnya atau anjuran untuk pasien dicatat dalam rekam medis	TT	B	S
12	Tanda tangan pasien/keluarga sebagai persetujuan untuk tindakan medis	TT	B	S
13	Perlu dicantumkan nama dan paraf tanda tangan dokter yang merawat	TT	B	S
14	Tulisan dalam rekam medis, jelas bisa dibaca	TT	B	S
15	Bila terjadi kekeliruan, boleh dihapus dengan cara apapun	TT	B	S

16	Semua catatan dicantumkan, tanggal dan jam pemeriksaan atau pemerian terapi/tindakan	TT	B	S
17	Resume medis sudah lengkap terisi maksimal 7 hari setelah pasien keluar rawat	TT	B	S
18	Tindakan terapi yang diberikan sudah dicatat dalam rekam medis paling lama 2x24 jam	TT	B	S
19	Kegunaan rekam medis dari berbagai aspek (medis, administrasi, hukum, pendidikan, penelitian, dan dokumentasi)	TT	B	S
20	Manfaat rekam medis untuk berbagai pihak (pasien, dokter, dan rumah sakit)	TT	B	S

b. Alat ukur sikap

Mohon dilingakri jawaban yang paling tepat menurut pendapat saudara

1 = bila dokter sangat tidak setuju dengan persyaratan tersebut

2 = bila dokter tidak setuju dengan pernyataan tersebut

3 = bila dokter agak setuju atau ragu-ragu dengan pernyataan tersebut

4 = bila dokter setuju dengan pernyataan tersebut

5 = bila dokter sangat setuju dengan pernyataan tersebut

1	Saya sebagai dokter yang merawat pasien, merasa bertanggung jawab terhadap kelengkapan pengisian rekam medis	1	2	3	4	5
2	Mengisi rekam medis tidak merepotkan saya	1	2	3	4	5
3	Mengisi rekam medis yang “hanya seperlunya” saja, bukanlah tujuan saya	1	2	3	4	5

4	Mengisi rekam medis bukan hanya dibebankan pada dokter	1	2	3	4	5
5	Bagi saya rekam medis merupakan alat komunikasi antar para tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan	1	2	3	4	5
6	Bila saya mengisi rekam medis dengan lengkap akan memudahkan sejawat lain bila mereka dibutuhkan keterlibatannya dalam memberi pelayanan kepada pasien	1	2	3	4	5
7	Dengan mengisi rekam medis secara lengkap berarti saya memberi pelayanan yang baik kepada pasien	1	2	3	4	5
8	Rekam medis yang lengkap bermanfaat juga untuk saya sendiri sebagai pemberi pelayanan kesehatan	1	2	3	4	5
9	Bagi saya, saya perlu mengisi rekam medis dengan lengkap agar saya dapat terlindungi secara hukum jika suatu hari terjadi gugatan	1	2	3	4	5
10	Penting bagi saya untuk mengisi rekam medis dengan lengkap, jelas, dan tepat waktu	1	2	3	4	5
11	Saya sebagai dokter yang merawat pasien merasa kelengkapan pengisian rekam medis adalah bukan hanya tanggung jawab saya	1	2	3	4	5
12	Mengisi rekam medis yang lengkap terkadang menghabiskan waktu saya saya	1	2	3	4	5

13	Bagi saya alat komunikasi antar para tenaga kesehatan bukan rekam medis	1	2	3	4	5
14	Apabila saya mengisi rekam medis dengan lengkap tidak akan memudahkan teman sejawat lain bila mereka akan terlibat dalam pemberian pelayanan pada pasien	1	2	3	4	5
15	Dalam mengisi rekam medis secara tidak lengkap, tidak berarti saya memberi pelayanan yang tidak baik kepada pasien	1	2	3	4	5
16	Rekam medis yang tidak lengkap tidak akan memiliki manfaat untuk saya sebagai pemberi pelayanan kesehatan	1	2	3	4	5
17	Bagi saya adanya proses akreditasi, membuat saya ingin melengkapi rekam medis	1	2	3	4	5

### Cek List Kelengkapan Rekam Medis (sesuai untuk rawat jalan oleh Permenkes no.269/Menkes/Per/III/2008)

Puskesmas :

Status akreditasi : belum terakreditasi / sudah terakreditasi

No	No. RM	Identitas					Tanggal pemeriksaan	Waktu Pemeriksaan	Anamnesis (keluhan utama)	Pemeriksaan fisik / pemeriksaan penunjang	diagnosis	Rencana tatalaksana berupa pengobatan beserta dosis dan juga tindakan yang akan dilakukan	Tertera pelayanan lain yang diberikan kepada pasien misalnya keperawatan, gizi	Persetujuan tindakan bila diperlukan	Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik,
		Nama	Tanggal Lahir / Umur	Jenis Kelamin	Alamat	Status Perkawinan									
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
												pemeriksa			



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Nomor : 005/EP-FKIK-UMY/II/2018

**KETERANGAN LOLOS UJI ETIK**  
**ETHICAL APPROVAL**

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden/subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"Perbedaan Perilaku Dokter Dan Kelengkapan Rekam Medis  
Pada Puskesmas Yang Sudah Terakreditasi Dan Belum Terakreditasi"**

**Peneliti Utama** : Aisyah Shofiatur Nisa  
*Principal Investigator*

**Nama Institusi** : Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit UMY  
*Name of the Institution*

**Negara** : Indonesia  
*Country*

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*And approved the above-mentioned protocol.*

Yogyakarta, 10 Januari 2018

Ketua  
*Chairman*  
  
Dr. dr. Titiek Hidayati, M.Kes.

\*Peneliti Berkejasama :

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
  - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos uji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
  - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada responden/subyek sebelum penelitian lolos uji etik

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 213, 7491350 Fax. (0274) 387658

*Muda mendunia*