

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

a. Kepatuhan (*Obedience*)

a. Definisi

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh yang berarti suka menurut perintah (Soeharso & Retnoningsih, 2011). Kepatuhan didefinisikan sebagai kesesuaian dengan peraturan, penerimaan hukum tanpa pertanyaan (Fattori *et al*, 2015). Adapun Borden & Horowitz (2008) mendefinisikan kepatuhan sebagai sebuah proses pengaruh sosial dimana seseorang mengubah tingkah lakunya dalam menanggapi perintah langsung dari seseorang yang berwenang. Figur otoritas memiliki kekuatan, yang bisa berasal dari beberapa sumber, untuk memberlakukan perintah. Umumnya kepatuhan tidak selalu buruk. Kepatuhan terhadap hukum dan peraturan diperlukan untuk kelancaran fungsi masyarakat.

b. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Kepatuhan terhadap penerapan sesuatu pada dasarnya merupakan sebuah bentuk perilaku. Berdasarkan hal ini, maka untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhinya, dapat digunakan teori-teori perilaku, diantaranya sebagai berikut:

1) Teori Perilaku Kurt Lewin

Kurt Lewin (Azwar, 2007) membuat suatu teori perilaku dimana perilaku (B) merupakan fungsi karakteristik individu (P) dan lingkungan (E), yaitu: $B = f(P,E)$

Karakteristik individu terdiri dari motif, nilai-nilai, sifat kepribadian, dan sikap. Karakteristik tersebut berinteraksi satu sama lain dan juga berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan untuk membentuk perilaku. Faktor lingkungan mempunyai peran yang kuat dalam membentuk sebuah perilaku, bahkan terkadang mempunyai pengaruh yang lebih besar dari karakteristik individu dalam membentuk perilaku.

2) *Teori Reasoned Action* (TRA)/Teori Tindakan Beralasan

Teori reasoned action (TRA) secara luas digunakan untuk menguji prediktor perilaku dan merupakan pusat perdebatan dalam psikologi sosial mengenai hubungan antara sikap dan perilaku. (Ogden, 2007). Teori tindakan beralasan menyatakan perilaku dipengaruhi oleh sikap melalui proses membuat keputusan yang teliti, serta berdampak pada tiga hal. Pertama, perilaku dibentuk oleh sikap umum dan juga sikap yang spesifik terhadap sesuatu. Kedua, selain sikap, maka perilaku juga dipengaruhi oleh sikap norma-norma subjektif

(*subjective norms*) yaitu keyakinan berkenaan dengan apa yang orang lain inginkan agar kita perbuat. Ketiga, sikap terhadap suatu perilaku bersama norma-norma subjektif membentuk suatu intensi atau niat untuk berperilaku tertentu (Azwar, 2007). Triastity & Saputro (2013) menjelaskan komponen norma subjektif sebagai berikut:

a) *Normatives beliefs*

Persepsi atau keyakinan tentang apa yang diharapkan orang lain terhadap dirinya, dan ini menjadi pedoman untuk melakukan atau tidak suatu perilaku tertentu. Keyakinan terkait pendapat tokoh atau orang lain yang dianggap penting penting dan berpengaruh, atau panutan tersebut apakah subjek harus melakukan atau tidak suatu perilaku tertentu.

b) *Motivation to Comply*

Motivasi individu untuk memenuhi harapan tersebut. Norma subjektif dapat dilihat sebagai dinamika antara dorongan yang dipersepsikan individu dari orang-orang disekitarnya (*significant others*) dengan motivasi untuk mengikuti pandangan mereka (*motivation to comply*)

dalam melakukan atau tidak melakukan tingkah laku tersebut.

3) *Theory of Planned Behavior* (TPB)/Teori Perilaku Terencana

Teori perilaku terencana merupakan modifikasi dari teori tindakan beralasan. Kerangka pemikiran teori perilaku terencana dimaksudkan untuk mengatasi masalah kontrol volisional yang belum lengkap dalam teori tindakan beralasan (Azwar, 2007). TPB menambahkan kontrol yang dirasakan atas perilaku, dengan mempertimbangkan situasi di mana seseorang mungkin tidak memiliki kontrol penuh atas perilaku (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008). Kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*) adalah sejauh mana orang percaya itu mudah atau sulit untuk melakukan suatu tindakan (Hogg & Vaughan, 2010).

c. **Proses Perubahan Sikap dan Tindakan (Perilaku)**

Menurut Teori Kelman, perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan. Mula-mula individu mematuhi anjuran atau instruksi tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman/sanksi jika tidak patuh, atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika mematuhi anjuran tersebut, tahap ini disebut

tahap kesediaan. Biasanya perubahan yang terjadi dalam tahap ini bersifat sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan petugas. Tetapi begitu pengawasan itu mengendur atau hilang, perilaku itupun ditinggalkan (Niven, 2002). Pengawasan itu tidak perlu berupa kehadiran fisik petugas atau tokoh otoriter, melainkan cukup rasa takut terhadap ancaman sanksi yang berlaku, jika individu tidak melakukan tindakan tersebut. Dalam tahap ini pengaruh tekanan kelompok sangatlah besar, individu terpaksa mengalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya dia tidak menyetujuinya. Namun segera setelah dia keluar dari kelompok tersebut, kemungkinan perilakunya akan berubah menjadi perilakunya sendiri (Niven 2002).

Kepatuhan individu berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh (pimpinan) yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*). Biasanya kepatuhan ini timbul karena individu merasa tertarik atau mengagumi petugas (pimpinan) tersebut, sehingga ingin mematuhi apa yang dianjurkan atau diinstruksikan tanpa

memahami sepenuhnya arti dan manfaat dari tindakan tersebut, tahap ini disebut proses identifikasi. Meskipun motivasi untuk mengubah perilaku individu dalam tahap ini lebih baik dari pada dalam tahap kesediaan, namun motivasi ini belum dapat menjamin kelestarian perilaku itu karena individu belum dapat menghubungkan perilaku tersebut dengan nilai-nilai lain dalam hidupnya, sehingga jika dia ditinggalkan petugas atau tokoh idolanya itu maka dia merasa tidak perlu melanjutkan perilaku tersebut.

Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi, dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya. Niven (2002) menyebutkan proses internalisasi ini dapat dicapai jika petugas atau pimpinan tersebut merupakan seseorang yang dapat dipercaya (kredibilitasnya tinggi) yang dapat membuat individu memahami makna dan penggunaan perilaku tersebut serta membuat mereka mengerti akan pentingnya perilaku tersebut bagi kehidupan mereka sendiri. Memang proses internalisasi ini tidaklah mudah dicapai sebab diperlukan kesediaan individu untuk mengubah nilai dan kepercayaan mereka agar menyesuaikan diri

dengan nilai atau perilaku yang baru (Teori *The Health Belief Model*).

d. Cara Meningkatkan Kepatuhan

Smet (1994) menyebutkan beberapa strategi yang dapat dicoba untuk meningkatkan kepatuhan, antara lain:

- 1) Meningkatkan keterampilan komunikasi para dokter. Salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara dokter dengan pasien. Ada banyak cara dari dokter untuk menanamkan kepatuhan dengan dasar komunikasi yang efektif dengan pasien.
- 2) Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. Tenaga kesehatan, khususnya dokter adalah orang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien dan apa yang ia katakan secara umum diterima sebagai sesuatu yang sah atau benar.
- 3) Memberikan dukungan sosial. Tenaga kesehatan harus mampu mempertinggi dukungan sosial. Selain itu keluarga juga dilibatkan dalam memberikan dukungan kepada pasien, karena hal tersebut juga akan meningkatkan kepatuhan, Smet (1994) menjelaskan bahwa dukungan tersebut bisa diberikan dengan

bentuk perhatian dan memberikan nasihatnya yang bermanfaat bagi kesehatannya.

- 4) Pendekatan perilaku. Pengelolaan diri yaitu bagaimana pasien diarahkan agar dapat mengelola dirinya dalam usaha meningkatkan perilaku kepatuhan. Dokter dapat bekerja sama dengan keluarga pasien untuk mendiskusikan masalah dalam menjalani kepatuhan serta pentingnya pengobatan.

2. Kelengkapan Rekam Medis

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, lengkap adalah tidak ada kurangnya, segalanya yang sudah disediakan. Dokumentasi klinis yang tepat dan lengkap pada rekam medis pasien dapat menjadi wadah komunikasi yang efektif antar petugas kesehatan profesional yang terlibat dan penting untuk tujuan secara medis dan legalitas (Siegler, 2010).

Ruthan Russo, 2013 merekomendasikan petunjuk kelengkapan minimum pendokumentasian rekam medis meliputi:

- a. Rekam medis lengkap dan mudah dibaca.
- b. Tercantum diagnosis yang jelas baik temuan baru maupun riwayat penyakit di dalam rekam medis.
- c. Dapat mengidentifikasi faktor resiko kesehatan secara cepat.

- d. Asesmen awal yang lengkap meliputi identitas, keluhan, pemeriksaan fisik, diagnosis, rencana asuhan, waktu pemeriksaan dan identitas pemberi layanan.
- e. Pendokumentasian lengkap terhadap pemeriksaan diagnostik penunjang.
- f. Dokumentasi rutin perkembangan pasien dan perubahan yang terjadi selama masa pengobatan pasien.

3. Asesmen Pre-Dialisis

Menurut Tatik (2018) pada seminar Standar Mutu Pelayanan Pasien HD Instalasi Dialisis RSUP Dr. Sardjito menyebutkan bahwa terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam standar pelayanan pasien hemodialisis. Diantaranya:

- a. Standar Pelayanan Pasien Hemodialisis
 - 1) Terdapat kebijakan dan prosedur untuk memandu perawatan pasien yang menjalani dialisis.
 - 2) Dilakukan identifikasi pasien secara tepat sebelum dilakukan tindakan HD.
 - 3) Skrining awal untuk penyakit hepatitis B, C dan HIV wajib dilakukan pada pasien baru dan diulang tiap 3 atau 6 bulan.
 - 4) Inform Consent wajib diberikan sebelum melakukan tindakan dan apabila terjadi perubahan kondisi pasien.

- 5) Pasien dan keluarganya memperoleh informasi memadai tentang penyakit.
- 6) Kondisi gawat darurat untuk mempertahankan kehidupan/life saving, atau mencegah kecacatan keputusan untuk melakukan tindakan kedokteran ditentukan oleh tim medis.
- 7) Dokter Penanggung Jawab (DPJP) membuat perintah tindakan HD.
- 8) Instruksi DPJP dituliskan dalam rekam medis pasien dan ditanda tangani oleh DPJP.
- 9) Dilakukan asesmen awal setiap pasien yang mencakup pemeriksaan fisik, psikologis, social, dan ekonomi termasuk riwayat kesehatan.
- 10) Dilakukan asesmen selanjutnya setiap dilakukan tindakan dan saat kondisi pasien terjadi pemburukan saat pengobatan atau saat dialisis.
- 11) Temuan dari asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien.
- 12) Tujuan asesmen adalah untuk meminimalkan komplikasi dan memastikan dialisis adekuat.
- 13) Melakukan tindakan HD sesuai prosedur

- 14) Semua pasien yang dilakukan tindakan dialisis harus dilakukan monitoring secara terus menerus sesuai prosedur yang berlaku dan dicatat di lembar harian hemodialisis.
- 15) Pasien rawat inap yang akan dilakukan tindakan HD atau setelah tindakan HD harus ada lembar transportasi yang menggambarkan kondisi pasien saat akan diantar atau setelah diantar dari ruang HD.

Dalam asesmen pasien HD juga perlu diperhatikan beberapa hal, diantaranya:

- 1) Estimasi BB kering dan jumlah cairan untuk merubah tekanan darah.
- 2) Manajemen nutrisi, termasuk cairan yang masuk.
- 3) Tes laboratorium pre-post dialisis.
- 4) Obat-obat yang diberikan selama hemodialisis.
- 5) Beberapa instruksi khusus bila dibutuhkan untuk melengkapi resep dialisis.

3. Instalasi Hemodialisis

a. Definisi

Hemodialisis adalah salah satu terapi pengganti ginjal yang menggunakan alat khusus dengan tujuan mengeluarkan toksin uremik dan mengatur cairan elektrolit tubuh. Unit pelayanan

dialisis adalah fasilitas pelayanan dialisis di rumah sakit (Kemenkes, 2010).

b. Penyelenggaraan Pelayanan Hemodialisis

Menurut Permenkes kesehatan Nomor 812 Tahun 2010 tentang penyelenggaraan pelayanan dialysis pada pelayanan kesehatan mengatur beberapa hal yaitu pada pasal 2:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan hemodialisis hanya dapat dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan dialisis harus memiliki izin dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Menurut Permenkes kesehatan Nomor 812 Tahun 2010 Pasal 3 menerangkan Persyaratan Penyelenggaraan Pelayanan Hemodialisa, yaitu:

- 1) Setiap penyelenggaraan pelayanan hemodialisis harus memenuhi ketentuan persyaratan yang ditetapkan.
- 2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi sarana dan prasarana, prasarana, peralatan, serta ketenagaan.

Pasal 4, yaitu:

- a) Persyaratan sarana dan prasarana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) sekurang-kurangnya meliputi:

- (1) Ruang peralatan mesin hemodialysis untuk kapasitas 4 (empat) mesin hemodialisis;
 - (2) Ruang pemeriksaan dokter/konsultasi;
 - (3) Ruang tindakan;
 - (4) Ruang perawatan, ruang sterilisasi, ruang penyimpanan obat dan ruang penunjang medik;
 - (5) Ruang administrasi dan ruang tunggu pasien; dan
 - (6) Ruang lainnya sesuai kebutuhan
- b) Persyaratan peralatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) sekurang-kurangnya meliputi:
- (1) 4 (empat) mesin hemodialysis siap pakai;
 - (2) Peralatan medik standar sesuai kebutuhan;
 - (3) Peralatan reuse dialiser manual atau otomatis;
 - (4) Peralatan sterilisasi alat medik;
 - (5) Peralatan pengolahan air untuk dialisis yang memenuhi standar; dan
 - (6) Kelengkapan peralatan lain sesuai kebutuhan.
- c) Persyaratan ketenagaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) sekurang-kurangnya meliputi:
- (1) Seorang Konsultan Ginjal Hipertensi (KGH) sebagai Supervisor Unit Dialisis yang bertugas membina,

mengawasi, dan bertanggung jawab dalam kualitas pelayanan Dialisis suatu unit dialysis yang menjadi afiliasinya.

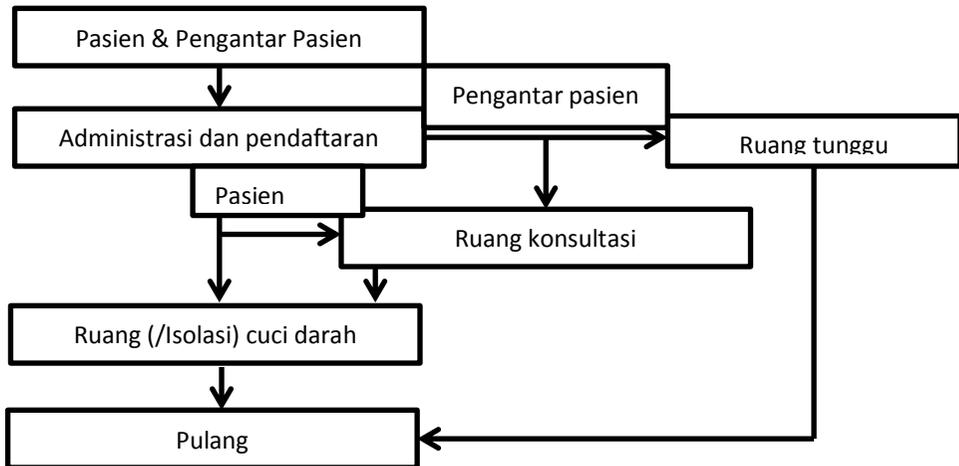
- (2) Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi (Sp. PD KGH) yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) dan tau Dokter Spesialis Penyakit Dalam yang terlatih bersertifikat pelatihan hemodialysis yang dikeluarkan oleh organisasi profesi, sebagai penanggung jawab;
 - (3) Perawat mahir hemodilisis minimal sebanyak 3 orang perawat untuk 4 mesin hemodialysis dari organisasi profesi;
 - (4) Teknisi elektromedik dengan pelatihan khusus mesin dialisis; dan
 - (5) Tenaga administrasi serta tenaga lainnya sesuai kebutuhan.
- d) Konsultan Ginjal Hipertensi (KGH) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a merupakan dokter yang bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan pemberi pelayanan dialisis.

- e) Dalam hal tidak ada tenaga Konsultan Ginjal Hipertensi (KGH) yang bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan pemberi pelayanan dialisis sebagaimana dimaksud pada ayat (4), maka fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dapat menunjuk Konsultan Ginjal Hipertensi (KGH) dari fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai Pembina mutu.
- f) Konsultan Ginjal Hipertensi (KGH) sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bertugas untuk melatih Dokter Spesialis Penyakit Dalam pada fasilitas pelayanan kesehatan yang menunjuknya.

Menurut Permenkes kesehatan Nomor 812 Tahun 2010 pada Pasal 5 mewajibkan setiap fasilitas pelayanan kesehatan dialisis wajib memiliki sistem pengelolaan limbah yang baik. Pada Permenkes kesehatan Nomor 812 Tahun 2010 Pasal 6 menerangkan mengenai ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan teknis sarana dan prasarana, peralatan, dan ketenagaan serta pengelolaan limbah dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri.

Berikut alur kegiatan pasien di instalasi hemodialisa yang diatur oleh Kemenkes 2012 Tentang Pedoman-Pedoman Teknis

Di Bidang Bangunan Dan Sarana Rumah Sakit terdapat pada gambar 1.



Gambar 1 1. Alur kegiatan pasien di Instalasi Hemodialisa

(Kemenkes, 2012)

B. Penelitian Terdahulu

Berdasarkan penelusuran penulis pada berbagai sumber referensi, tidak ditemukan penelitian dengan judul Kepatuhan Tenaga Medis Dalam Pengisian *Assessment* Pre Dialisis di Klinik Nitipuran Health Center. Penulis menjadikan beberapa penelitian terdahulu sebagai acuan yang dapat mendukung penelitian ini dengan beberapa persamaan dan perbedaan masing-masing. Berikut merupakan beberapa penelitian terdahulu yang dimaksud:

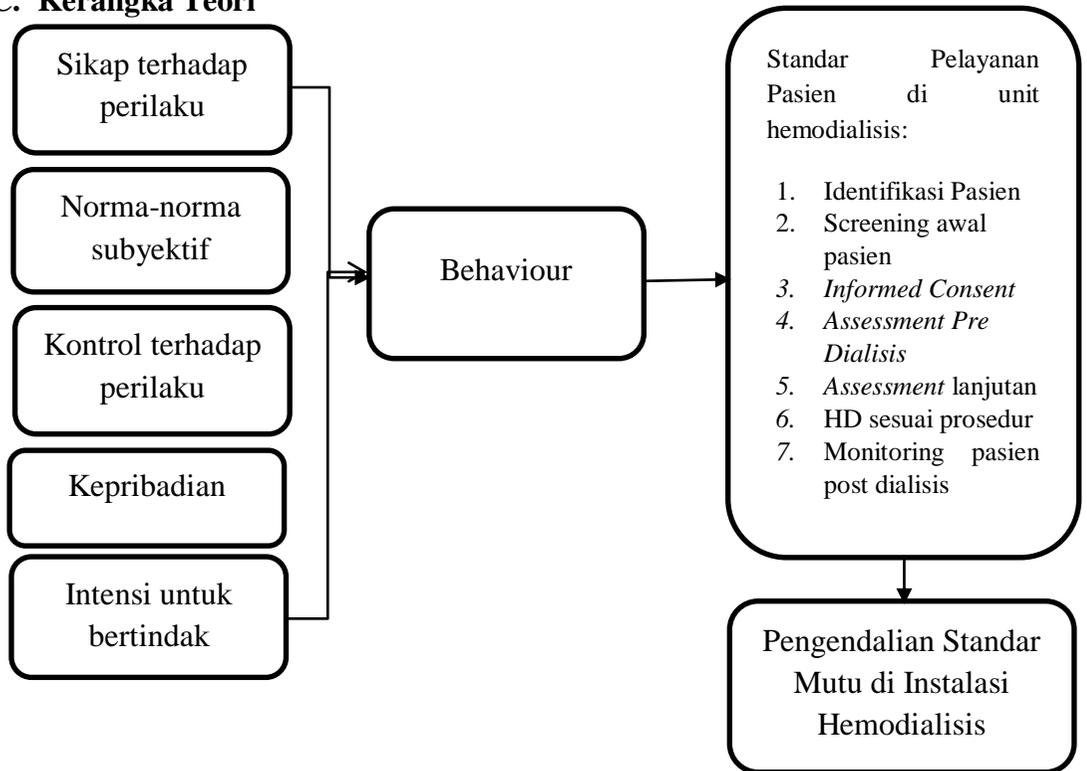
1. Penelitian Khasib Mabrur Ridho, Elsy Maria Rosa, Endang Suparniati yang berjudul Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

- Kepatuhan Pengisian Rekam Medis di Rumah Sakit Gigi dan Mulut pendidikan UMY, memiliki tujuan untuk mengetahui ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis manual serta menganalisa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengisian rekam medis di RSGM. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap rekam medis di RSGM adalah pengetahuan, waktu yang terbatas, sikap operator, jumlah pasien dan motivasi. Responden memberikan saran berupa penambahan waktu pengembalian rekam medis, pelatihan khusus koass baru, koass yang berperan untuk melengkapi nama dokter, penambahan riwayat penyakit, persamaan persepsi antar dosen, penambahan fasilitas rak rekam medis, rekam medis tidak lengkap, tidak di input pada SIMRS, dan tidak memberikan "ok" dikomputer. Kelengkapan tanda tangan dan nama dokter menjadi masalah karena pada aspek ini merupakan aspek ketidaklengkapan terbesar mencapai 85 rekam medis (23,35%).
2. Penelitian yang dilakukan oleh Christine A White, Rachel M Pilkey, Miu Lam, dan David C Holland berjudul "*Pre-dialysis clinic attendance improves quality of life among hemodialysis patients*". Penelitian ini berdasarkan penelitian terdahulu yang menunjukkan kontrol kedatangan pre dialysis pasien hemodialisa berhubungan erat dengan hasil akhir yang didapatkan pasien terutama dalam aspek

- kualitas hidup. Peneliti menggunakan metode cohort retrospektif untuk menilai apakah kedatangan klinik pre dialisis berhubungan dengan nilai kualitas hidup yang lebih baik dalam 6 bulan pelaksanaan hemodialisis. Dari hasil didapatkan bahwa kehadiran klinik pre dialisis merupakan salah satu faktor penyebab nilai kualitas hidup yang lebih tinggi termasuk didalamnya adalah pemeriksaan lengkap sebelum dilakukannya hemodialisa dalam hal ini asesmen pre dialisis.
3. Penelitian oleh Elynar Lubis pada 2009 dengan judul Pengaruh Karakteristik Individu dan Motivasi Ekstrinsik Terhadap Kinerja Dokter dalam Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit PT Perkebunan Nusantara IV (PERSERO) Tahun 2008. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah karakteristik individu meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama kerja, serta variable motivasi ekstrinsik meliputi kompensasi, kondisi kerja, status kepegawaian, prosedur, dan supervisi. Dari semua variabel tersebut yang berpengaruh terhadap kinerja dokter dalm kelengkapan pengisian rekam medis adalah kondisi kerja dengan nilai $p = 0,001 < p = 0,05$ dan supervise dengan nilai $p = 0,047 < p = 0,05$.

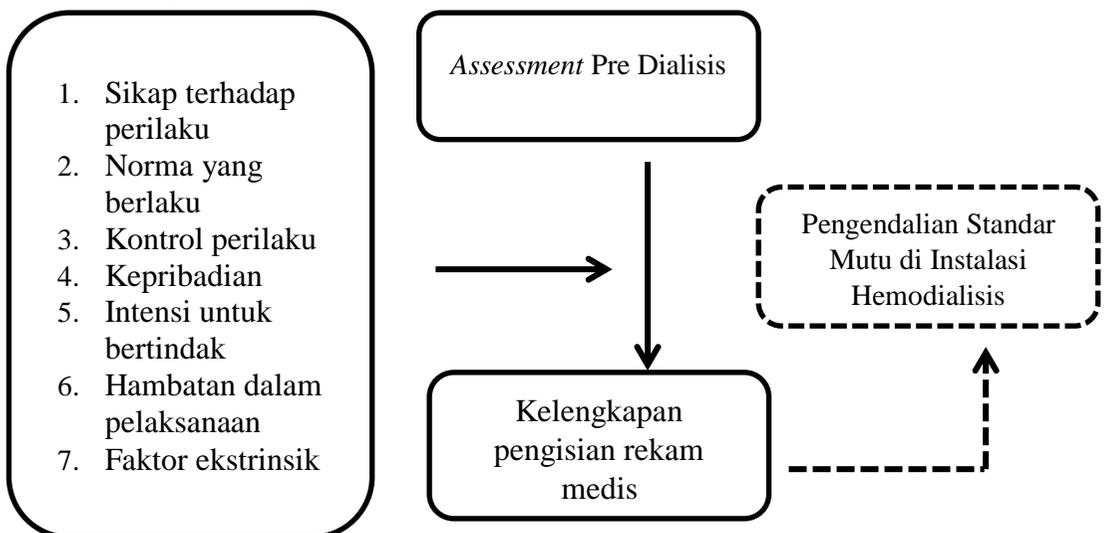
4. Penelitian yang dilakukan oleh Wahyu Kumala Dewi pada 2011 di Semarang tentang Hubungan Antara Pengetahuan Dokter tentang Rekam Medis dengan Kelengkapan Pengisian Data Rekam Medis Dokter yang bertugas di Bangsal Anak RSUP dr. Kariadi Semarang Periode Agustus 2010. Dari 28 rekam medis yang menjadi sampel penelitian didapatkan rekam medis yang kelengkapannya kurang dari 90% sebanyak 25%. Dari 28 sampel, 24 sampel mengetahui pengertian tentang rekam medis, 23 sampel mengetahui tentang manfaat rekam medis, 25 sampel mengetahui tentang komponen dan isi rekam medis, serta 24 sampel mengetahui tentang aspek hukum rekam medis.
5. Penelitian Salmah Alaydrus pada tahun 2011 di Semarang tentang Perbandingan Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Antara Dokter Spesialis dan Residen di Bangsal Penyakit Dalam RSUP dr. Kariadi Semarang Periode Agustus 2010. Dari 100 rekam medis didapatkan hasil kelengkapan pengisian rekam medis oleh dokter spesialis sebesar 41,61% sedangkan kelengkapan pengisian rekam medis oleh residen sebesar 76,46%.

C. Kerangka Teori



Gambar 1 2 Kerangka Teori.

D. Kerangka Konsep



Gambar 1 3. Kerangka konsep penelitian Kepatuhan Tenaga Medis dalam Pengisian *Assessment Pre Dialisis* di Instalasi Hemodialisa

E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana kelengkapan pengisian rekam medis assessment pre dialisis pasien hemodialisis di Klinik Hemodialisis Nitipuran Health Center.
2. Bagaimana tingkat ketepatan pengisian assessment pre dialisis pasien hemodialisis di Klinik Hemodialisis Nitipuran Health Center.
3. Apa saja masalah dan hambatan dalam implementasi pengisian assessment pre dialisis pasien di Klinik Hemodialisis Nitipuran Health Center.