

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa, “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 menyatakan bahwa, “Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan *promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif* yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Menurut UU No.44 Tahun 2009 Pasal 5 tentang fungsi rumah sakit, rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes RI No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis, yang dimaksud dengan “Rekam Medis adalah dokumen yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien”.

“Rekam Medis adalah segala bentuk catatan atau rekaman dalam pelayanan kesehatan yang memenuhi unsur-unsur persyaratan sesuai peraturan perundangan yang berlaku” (Indradi S, 2016).

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Depkes RI (2006) dinyatakan bahwa:

“Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit”.

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek. Kegunaan rekam medis menurut Permenkes RI No.269/Menkes/Per/III/2008, yaitu :

a. *Administration*

Menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. *Legal*

Berisikan tentang adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha penegakan hukum serta menyediakan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

c. *Financial*

Menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan untuk menilai biaya yang dikeluarkan.

d. *Research*

Menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.

e. *Education*

Menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

f. *Documentation*

Menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan digunakan sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan

2.2.4 Isi Rekam Medis

Menurut Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam

Medis, isi rekam medis adalah sebagai berikut :

- a. “Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
 - 1) Identitas pasien
 - 2) Tanggal dan waktu
 - 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - 5) Diagnosis
 - 6) Rencana penatalaksanaan
 - 7) Pengobatan dan/atau tindakan
 - 8) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
 - 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan

- b. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
 - 1) Identitas pasien
 - 2) Tanggal dan waktu
 - 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic
 - 5) Diagnosis
 - 6) Rencana penatalaksanaan
 - 7) Pengobatan dan/atau tindakan
 - 8) Persetujuan tindakan jika diperlukan
 - 9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
 - 10) Ringkasan pulang (*discharge summary*)
 - 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
 - 12) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
 - 13) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- c. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat :
 - 1) Identitas pasien
 - 2) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
 - 3) Identitas pengantar pasien
 - 4) Tanggal dan waktu
 - 5) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic
 - 7) Diagnosis
 - 8) Pengobatan dan/atau tindakan
 - 9) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan 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.
 - 12) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”.

2.2.5 Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Pengelolaan Rekam Medis

Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Depkes RI (2006) dinyatakan bahwa:

“Rumah sakit sebagai salah satu pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat

rekam medis. Yang membuat atau mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya:

- a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien di rumah sakit
- b. Dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit
- c. Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik
- d. Tenaga paramedis perawatan dan tenaga paramedis *non*perawatan yang langsung terlihat didalam antara lain: Perawat, Perawat gigi, Bidan, Tenaga Laboratorium Klinik, Gizi, Anestesi, Penata *Rontgen*, Rehabilitasi Medik dan lain sebagainya.
- e. Untuk dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien, maka yang membuat rekam medis pasien adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit”.

2.2.6 Ketentuan Pengisian Rekam medis

Menurut Depkes RI (2006), rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam Formuliran Rekam Medis
- b. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal
- c. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya
- d. Catatan yang dibuat oleh Residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya
- e. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf
- f. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan

2.3 Rawat Inap

2.3.1 Pengertian Rawat Inap

“Unit Rawat Inap (URI) atau Instalasi Rawat Inap (IRNA) adalah salah satu bagian pelayanan klinis yang melayani pasien karena keadaannya harus di rawat selama 1 hari atau lebih” (Indradi S, Materi Pokok Rekam Medis, 2016).

2.3.2 Alur Rekam Medis Rawat Inap

Berdasarkan Depkes RI (2006), alur rekam medis rawat inap sebagai berikut:

- a. Setiap pasien yang membawa surat permintaan rawat inap dari dokter poliklinik. Instalasi gawat darurat, menghubungi tempat penerimaan pasien rawat inap, sedang pasien rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya terlebih dahulu diperiksa oleh dokter rumah sakit bersangkutan.
- b. Apabila tempat tidur di ruang rawat inap yang dimaksud masih tersedia petugas menerima pasien mencatat dalam buku register penerimaan pasien rawat inap : nama, nomor RM, identitas dan data sosial lainnya. serta menyiapkan atau mengisi data identitas pasien pada lembaran masuk (Rekam Medis).
- c. Untuk rumah sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi, pada saat pasien mendaftar untuk dirawat petugas langsung mengentry data-data pasien meliputi nomor RM, no registrasi, no kamar perawatan dan data-data penunjang lainnya.
- d. Petugas penerimaan pasien rawat inap mengirimkan berkas rekam medis bersama-sama dengan pasiennya ke ruang rawat inap yang dimaksud.
- e. Pasien diterima oleh petugas di ruang rawat inap dan dicatat pada buku register.
- f. Dokter yang bertugas mencatat tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada Lembaran-Lembaran rekam medis dan menanda tangannya.
- g. Perawat/Bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang mereka berikan kepada pasien ke dalam catatan Perawat/Bidan dan membubuhkan tanda tangannya,

serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi, dan pernapasan seorang pasien.

- h. Selama di ruang rawat inap, perawat / bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan pelayanan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- i. Perawat /Bidan berkewajiban membuat sensus harian yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai jam 00.00 sampai dengan jam 24.00.
- j. Petugas ruangan memeriksa kelengkapan berkas rekam medis pasien, sebelum diserahkan ke Instalasi Rekam Medis.
- k. Setelah pasien keluar dari rumah sakit. berkas rekam medis pasien segera dikembalikan ke Instalasi rekam medis paling lambat 24 Jam setelah pasien keluar, secara lengkap dan benar.
- l. Petugas instalasi rekam medis mengolah berkas rekam medis yang sudah lengkap, melewati proses-proses pengkodean, analisa hingga penyimpanan kembali berkas rekam medis yang kemudian diperoleh data hasil pengolahan yang dalam bentuk laporan statistik rumah sakit.
- m. Petugas instalasi rekam medis membuat rekapitulasi sensus harian setiap akhir bulan untuk bahan laporan rumah sakit.
- n. Instalasi rekam medis menyimpan berkas-berkas rekam medis pasien menurut nomor RMnya (apabila menganut sistem sentralisasi, berkas rekam medis pasien rawat jalan dan pasien rawat inap untuk tiap-tiap pasien disatukan).
- o. Petugas instalasi rekam medis mengeluarkan berkas rekam medis, apabila ada permintaan baik untuk keperluan pasien berobat ulang atau keperluan lain.
- p. Setiap permintaan rekam medis harus menggunakan formulir peminjaman rekam medis.
- q. Formulir peminjaman rekam medis dibuat rangkap 3 (tiga), satu *copy* ditempel pada rekam medis, satu *copy* diletakkan pada rak penyimpanan sebagai tanda keluar, dan satu *copy* sebagai arsip yang meminta.
- r. Berkas Rekam Medis yang dipinjam terlebih dahulu dicatat pada buku ekspedisi, yang meliputi no. RM, nama pasien, nama petugas rekam medis yang mengambilkan, ruangan peminjam, nama jelas peminjam, tanggal pinjam, tanggal kembali, tanda tangan peminjam, nama petugas rakam medis yang mengecek kembalinya rekam medis yang dipinjam.
- s. Apabila berkas rekam medis yang dipinjam sudah kembali, dan sudah dicek ke dalam buku ekspedisi peminjaman Rekam Medis maka catatan Rekam Medis yang dipinjam yang ditulis didalam buku ekspedisi dicoret dan ditulis nama jelas serta ditanda tangani oleh petugas yang mengoreksi Rekam Medis kembali, dan formulir peminjaman Rekam Medis tersebut dibuat.

- t. Rekam medis pasien yang tidak pernah berobat lagi ke rumah sakit selama lima tahun terakhir, dinyatakan sebagai *inactive record*.
- u. Berkas-berkas rekam medis yang sudah dinyatakan sebagai *inactiverecord* dikeluarkan dari rak penyimpanan dan disimpan di gudang rumah sakit/ dimusnahkan.

Catatan:

Bagi pasien gawat darurat, baik rawat jalan maupun rawat inap, pertolongan kepada pasien didahulukan. Setelah pasien mendapat pertolongan yang diperlukan, baru dilakukan pencatatan.

2.4 Formulir Rekam Medis

2.4.1 Pengertian Formulir Rekam Medis

“Formulir Rekam Medis didefinisikan sebagai dokumen atau media yang digunakan untuk mencatat atau merekam terjadinya peristiwa pelayanan kesehatan atau transaksi terapeutik” (Indradi S, Materi Pokok Rekam Medis, 2016).

2.4.2 Formulir Rekam Medis Rawat Inap

Formulir rekam medis rawat inap menurut Depkes (2006) disebutkan bahwa formulir rekam medis rawat inap minimal terdiri dari:

- a. Identitas Pasien
- b. *Resume* Medis
- c. Riwayat penyakit dan pemeriksaan jasmani
- d. Laporan kematian (jika pasien meninggal)
 - 1) Surat keterangan kematian
 - 2) Surat keterangan kedokteran tentang sebab kematian
- e. Surat Keterangan lahir (surat identitas bayi jika pasien bayi lahir di rumah sakit)
 - 1) Form *curve list* bayi
 - 2) Form serah terima bayi
- f. Pengantar masuk rawat inap (surat rujukan)
- g. Surat persetujuan rawat inap
- h. Surat perpindahan pasien dari ruang perawatan (jika pasien pindah ruang perawatan)

- i. *Informed consent* (jika ada tindakan medis yang diberikan kepada pasien)
- j. Catatan dan instruksi dokter
- k. Rekaman asuhan keperawatan
 - 1) *Resume* asuhan keperawatan
 - 2) Data dasar dan ringkasan pengkajian
 - 3) Pelaksanaan perawatan kesehatan
 - 4) Tindakan dan evaluasi keperawatan
- l. Catatan medis
- m. Formulir Obstetri dan Ginekologi (Untuk pasien *obgyn*)
 - 1) Lembar Partogram
- n. Formulir laporan operasi (jika pasien operasi)
 - 1) Persiapan operasi
 - 2) Catatan anestesi
 - 3) Laporan operasi
 - 4) Laporan pasca bedah
 - 5) Prosedur RR
- o. Formulir hasil-hasil penunjang medik (hanya hasil yang diperiksa saja)
 - 1) Laboratorium
 - 2) Radiologi
 - 3) Diagnostik
 - 4) Fisioterapi
- p. *Copy* resep

2.5 Formulir Persetujuan Umum

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 didalamnya dijelaskan tentang persetujuan umum, maksud dan tujuan HPK 5 yaitu:

“RS wajib meminta persetujuan umum (*general consent*) kepada pasien atau keluarganya berisi persetujuan terhadap tindakan yang berisiko rendah, prosedur diagnostik, pengobatan medis lainnya, batas-batas yang telah ditetapkan dan persetujuan lainnya. Persetujuan umum diminta pada saat pasien datang pertama kali untuk rawat jalan dan setiap rawat inap”.

2.6 Formulir Surat Pengantar Masuk RS

Surat Keterangan Rawat Inap di RS merupakan surat yang dibuat dan dikeluarkan oleh RS untuk menerangkan bahwa seseorang sedang atau telah dirawat inap pada RS tersebut pada jangka waktu tertentu untuk keperluan tertentu.

2.7 Formulir *Resume* Medis

2.7.1 Pengertian Formulir *Resume* Medis

Menurut Hatta (2017), dalam Buku Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan dijelaskan bahwa:

“Ringkasan riwayat pulang (*resume* atau *discharge summary*) merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien. Lazimnya informasi yang terdapat didalamnya adalah mengenai jenis perawatan yang diterima pasien, reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi saat pulang serta tindak lanjut pengobatan setelah pulang perawatan”.

2.7.2 Kegunaan Formulir *Resume* Medis

Kegunaan dari ringkasan riwayat pulang menurut Hatta (2017) dalam Buku Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Menjaga kelangsungan perawatan di kemudian hari dengan memberikan tembusannya kepada dokter utama pasien, dokter yang merujuk dan konsultan yang membutuhkan
- b. Memberikan informasi untuk menunjang kegiatan komite telaah staf medis
- c. Memberikan informasi kepada pihak ketiga yang berwenang
- d. Memberikan informasi kepada pihak pengirim pasien ke RS

2.7.3 Isi Formulir *Resume Medis*

Menurut Permenkes RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis Bab II pasal 4 ayat (2), disebutkan bahwa isi ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat
- c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut dan
- d. nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

2.8 Standar Pelayanan Minimal (SPM)

2.8.1 Pengertian Standar Pelayanan Minimal

Berdasarkan Kepmenkes RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, dijelaskan bahwa “Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat”.

2.8.2 Standar Pelayanan Minimal Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, ditetapkan bahwa setiap standar pelayanan di rumah sakit salah satunya adalah kelengkapan pengisian rekam medis setelah 24 jam selesai pelayanan.

“Rekam Medis yang lengkap adalah Rekam Medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat Inap atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesa, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan *resume*”.

Standar untuk kelengkapan pengisian Rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan adalah 100%.

2.8.3 Pengukuran Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Menurut (Sabarguna, 2008) untuk menghitung persentase data yang digunakan dan perlu dipelajari statistik secara lebih mendalam dengan menggunakan rumus pesentase, yaitu:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase data

f = Frekuensi tiap kategori

n = Jumlah yang diteliti

Kesimpulan data hasil observasi yang telah diperoleh dari persentase akan ditentukan kualitas dengan kriteria sebagai berikut: (Arikunto, 2010)

- 1) 81% - 100% = Sangat Baik
- 2) 61% - 80% = Baik
- 3) 41% - 60% = Cukup
- 4) 21% - 40% = Kurang
- 5) 0% - 20% = Sangat Kurang

2.9 Evaluasi

2.9.1 Pengertian Evaluasi

“Evaluasi didefinisikan sebagai proses pengukuran dan perbandingan dari hasil-hasil pekerjaan yang dicapai dengan hasil-hasil yang seharusnya dicapai. Baik pemantauan maupun evaluasi dilaksanakan sebagai upaya untuk melakukan perbaikan atas segala kegiatan” (Ayuningtyas, 2014).

Menurut Rustiyanto (2010) menyatakan bahwa “Evaluasi adalah suatu kegiatan untuk membandingkan antara hasil yang dicapai dengan rencana yang telah dibuat atau ditentukan. Menurut *World Health Organization* (WHO) pengertian penilaian (evaluasi) ialah suatu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan menggunakan pelayanan yang telah dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan masa mendatang”.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa evaluasi adalah prosedur penilaian pelaksanaan kerja dan hasil kerja secara menyeluruh dengan cara sistematis dengan membandingkan kriteria atau tujuan yang telah ditetapkan guna pengambilan keputusan.

2.9.2 Jenis Evaluasi

Dalam klasifikasi lain disebutkan ada 2 (dua) jenis evaluasi program kesehatan, yaitu: (Rustiyanto, 2010)

a. Formatif evaluasi

Evaluasi yang dilaksanakan selama program sedang berjalan, dengan tujuan dapat memberikan umpan balik kepada manajer tentang hasil yang dicapai serta hambatan-hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program

b. *Sumative* Evaluasi

Evaluasi yang dilaksanakan pada akhir kegiatan program, tujuannya untuk dapat melihat keseluruhan dari hasil pelaksanaan yang dihasilkan.

2.9.3 Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah “untuk meningkatkan nilai daya guna dan hasil guna dari perencanaan dan pelaksanaan program, serta memberikan petunjuk dalam pengelolaan sumber daya manusia, dana dan program peningkatan mutu sekarang dan yang akan datang” (Rustiyanto, 2010).

2.10 Pengetahuan

2.10.1 Pengertian Pengetahuan

“Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga” (Notoatmodjo, 2012).

2.10.2 Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling

rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan sebagainya.

- b. Memahami (*comprehensive*)
Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, contoh menyimpulkan dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.
- c. Aplikasi (*aplication*)
Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau pengguna hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks atau situasi yang lain.
- d. Analisis (*analysis*)
Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan teori atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.
- e. Sintesis (*synthesis*)
Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, misalnya dapat menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*)
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

2.10.3 Kategori Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006), pengetahuan dibagi menjadi 3 kategori, yaitu:

- a. Baik, bila subjek mampu menjawab dengan benar 76-100% dari seluruh pertanyaan;

- b. Cukup, bila subjek mampu menjawab dengan benar 56-75% dari seluruh pertanyaan;
- c. Kurang, bila subjek mampu menjawab dengan benar 40-55% dari seluruh pertanyaan.

2.10.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2012).

Pengukuran pengetahuan menggunakan skala pengukuran dengan skala guttman Pengukuran pengetahuan dengan kuisioner akan di dapat jawaban yang tegas, yaitu ya atau tidak, benar atau salah, pernah atau tidak, positif atau negatif, dan lain-lain. Penelitian menggunakan skala guttman dilakukan bila ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan. Jawaban dapat dibuat skor tertinggi satu dan terendah nol. Misalnya untuk jawaban setuju diberi skor 1 dan tidak setuju diberi skor 0. Analisa dilakukan seperti pada skala *likert* (Sugiyono, 2012).

2.11 Ketelitian

2.11.1 Pengertian Ketelitian

Menurut Mohammad Taufik (2013) yang dikutip oleh Meydita Windi Astuti (2017), “Ketelitian adalah ukuran kedekatan data yang diperoleh

dari hasil pengukuran sampel yang sama. Secara sekilas tinggi ketinggian dapat dilihat dari ulangan. Semakin tinggi tingkat ketelitian maka nilai dari data tersebut hampir sama”.

2.12 Skala *Likert*

Skala *likert* merupakan skala yang dapat dipergunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang tentang suatu gejala atau fenomena tertentu. (Riyanto, 2013).

Ada dua bentuk skala *likert*, yaitu pertanyaan positif yang diberi skor 5, 4, 3, 2, dan 1. Sedangkan pertanyaan negatif diberi skor 1, 2, 3, 4, dan 5: (Riyanto, 2013)

- 1) Pertanyaan positif:
 - a) Sangat Setuju (SS) : 5
 - b) Setuju (S) : 4
 - c) Kurang Setuju : 3
 - d) Tidak Setuju : 2
 - e) Sangat tidak setuju (STS) : 1
- 2) Pertanyaan negatif:
 - a) Sangat Setuju (SS) : 1
 - b) Setuju (S) : 2
 - c) Kurang Setuju : 3
 - d) Tidak Setuju : 4
 - e) Sangat tidak setuju (STS) : 5

Dengan skala ni responden diminta untuk menentukan tingkat persetujuan mereka terhadap suatu pernyataan atau pertanyaan dengan memilih salah satu dari pilihan yang tersedia. Responden diberikan pernyataan ataupun pertanyaan dengan kategori jawaban yang telah dituliskan dan umumnya terdiri dari 1 hingga 4 kategori jawaban Jawaban yang

disediakan adalah sangat setuju (4), setuju (3), kurang setuju (2), tidak setuju (1).

Misalnya ada 100 responden yang memberikan jawaban dari kuisisioner yang diberikan, kemudian jawaban responden tersebut dikelompokkan menurut alternatif jawaban yang tersedia dengan menggunakan rumus:

Rumus: $T \times P_n$

Keterangan:

T = Total jumlah responden yang memilih

P_n = pilihan angka skor *likert*

Kemudian semua hasil perhitungan tersebut dijumlahkan, sehingga akan muncul total skornya. Agar mendapatkan hasil intrepetasi, terlebih dahulu harus diketahui skor tertinggi (X) dan skor terendah (Y) untuk item penilaian dengan rumus sebagai berikut:

Y = skor tertinggi *likert* x jumlah responden

X = skor terendah *likert* x jumlah responden

Hasil interpretasi responden adalah hasil nilai yang dihasilkan dengan menggunakan rumus indeks (%).

Rumus Indeks (%) = $\text{Total Skor} / Y \times 100$

Sebelum menyelesaikannya, harus mengetahui *interval* (rentang jarak) dan interpretasi persen agar mengetahui penilaian dengan metode mencari *Interval* skor persen (I) (Interval jarak dari terendah 0% hingga tertinggi 100%)..

$I = 100 / \text{jumlah skor (likert)}$

Berikut kriteria interpretasi skornya berdasarkan interval:

- a) 75-100% : Sangat (setuju/baik/suka)
- b) 50-74% : Cukup (setuju/baik/suka)
- c) 25-49% : Kurang (setuju/baik/suka)
- d) 0-24% : Sangat (tidak setuju/ tidak baik/ tidak suka)

2.13 Penelitian yang Relevan

Beberapa penelitian yang relevan adalah sebagai berikut:

- a. Yuni Yuliati (2015) dengan judul “Evaluasi Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pada Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur (RSMM JATIM)” didapatkan hasil bahwa kelengkapan pengisian identitas pasien rawat inap yaitu pada (no register, tempat lahir, tanggal lahir, alamat, pendidikan, pekerjaan, umur, jenis kelamin, dan tanda tangan dokter) diteliti didapatkan hasil rata-rata kelengkapan 49% dan tidak lengkap 51%. Untuk faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis yaitu faktor manusianya adalah petugas pengisi lembar rekam medis belum pernah sosialisasi dan penelitian dalam melakukan pengisian rekam medis, sedangkan dari faktor metodenya adalah tidak ada SOP tentang pengisian rekam medis.
- b. Meydita Windi Astuti (2017) dengan judul “Evaluasi Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Rawat Inap dan Faktor Penyebabnya di Rumah Sakit TNI AL DR. OEPOMO Surabaya”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase ketidaklengkapan pengisian DRM pada

lembar Ringkasan Masuk dan Keluar adalah sebesar 49% dan ketidaklengkapan pengisian DRM pada lembar *Resume* Medis adalah sebesar 30%. Faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian lembar ringkasan masuk keluar dan *resume* medis pasien pulang rawat inap dikarenakan oleh 2 faktor yaitu: ketelitian petugas rekam medis dan latar belakang pendidikan petugas rekam medis.

- c. Putri Risda Laka (2017) dengan judul penelitian Kelengkapan Pengisian Lembar Ringkasan Masuk Keluar Rawat Inap Kasus Bedah Di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Didapatkan hasil persentase kelengkapan terendah terdapat pada variabel pendokumentasian yang benar komponen pembetulan kesalahan sebesar 100%.. Faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan pengisian lembar RMK adalah kurangnya ketelitian tenaga medis dalam mengisi lembar RMK, kurangnya sosialisasi tentang pengisian lembar RMK serta belum tercantumnya deskripsi lebih rinci tentang pengisian lembar RMK dalam SPO.