

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rekam Medis Rawat Inap**

Menurut Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis rawat inap memuat sekurang-kurangnya identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic, diagnosis, rencana penatalaksanaan, diagnosis dan tindakan, persetujuan tindakan bila diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang, nama dan tanda tangan dokter, dan pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu (Peraturan Menteri Kesehatan 269, 2008).

##### **2.1.1 Rawat Inap**

Menurut Kepmenkes 560-MENKES-SK-IV-2003-Perjan RS pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lasinnya dengan menginap di rumah sakit. Rawat inap adalah istilah yang digunakan apabila pasien dari sebuah rumah sakit membutuhkan perawatan dari seorang dokter spesialis yang sesuai dengan penyakit yang diderita (Keputusan Menteri Kesehatan 560, 2003).

##### **2.1.2 Kelengkapan Berkas Rekam Medis**

Dokumen Rekam Medis dimaksudkan untuk dilengkapi dan dikembalikan tepat waktu setelah pelayanan diberikan kepada pasien. Seperti yang tertera pada Undang-undang tahun 2004 pasal 46 bahwa

Rekam medis sebagaimana dimaksud harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29, 2004).

### **2.1.3 Standar Kelengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Inap**

Waktu ideal kelengkapan berkas rekam medis rawat inap adalah 2x24 jam setelah pasien diberikan pelayanan dengan standar kelengkapan 100%. Kelengkapan berkas rekam medis Rawat Inap sangat berpengaruh dalam mutu pelayanan kesehatan dikarenakan berhubungan langsung dengan pelayanan maupun ketika menghadapi gugatan hukum (Peraturan Menteri Kesehatan 741, 2008).

## **2.2 Faktor *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing***

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green, yang dirintis sejak tahun 1980. Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE : *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. *Precede* ini adalah merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan

evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. *Precede* adalah merupakan fase diagnosis masalah.

Lebih lanjut *Precede* model ini dapat diuraikan bahwa perilaku sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) adalah faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai.
- b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) adalah faktor-faktor mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

### **2.2.1 Pengetahuan (*knowledge*)**

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan

seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indra pengelihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkatan pengetahuan, yakni (Notoadmojo, 2014):

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sadar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat mengintreprestasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

### **2.2.2 Sikap (*attitude*)**

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut (Notoatmodjo, 2014):

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

b. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi di sini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

c. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakini. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau ada resiko lain.

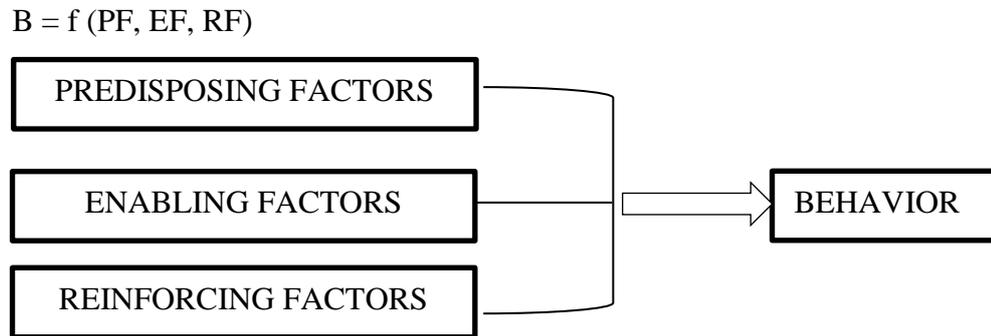
### **2.2.3 Sumber-sumber daya (*resources*)**

Sumber daya di sini mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruh sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif. (Notoatmodjo, 2014)

### **2.2.4 Orang penting sebagai referensi**

Perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuatan cenderung untuk dicontoh.

Model ini secara matematis dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2. 1 Teori Perilaku Lawrence Green 1980

Sumber : *Teori L Green (1980) dalam buku Ilmu Perilaku Kesehatan Notoadmojo (2014)*

di mana :

B = Behavior

RF= *Reinforcing factors*

PF= *Predisposing factors*

EF= *Enabling factors*

f = fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. (Notoatmodjo, 2014)

### 2.3 Dampak Ketidaklengkapan berkas rekam medis Rawat Inap

Ketidaklengkapan berkas rekam medis Rawat Inap akan mengakibatkan terhambatnya proses klaim asuransi apabila masih ada persyaratan yang kurang, kesulitan dalam merencanakan

pengobatan/perawatan yang akan diberikan kepada pasien sehingga akan mempengaruhi kualitas pelayanan, dan mempengaruhi penyampaian laporan pada pihak Rumah Sakit yaitu ketidaktepatan waktu menyampaikan laporan bulanan dikarenakan dokumennya belum lengkap, sehingga akan mempengaruhi kualitas data. Kesulitan dalam menghadapi gugatan hukum, sehingga akan mempengaruhi kualitas mutu.