



**ANALISIS KEPATUHAN PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS
DI RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) KALISAT
JEMBER TAHUN 2017**

SKRIPSI

Oleh

**Dinnya Yesica Tandy
NIM 152110101217**

**BAGIAN ADMINISTRASI KEBIJAKAN DAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**



**ANALISIS KEPATUHAN PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS
DI RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) KALISAT
JEMBER TAHUN 2017**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Dinnya Yesica Tandy
NIM 152110101217**

**BAGIAN ADMINISTRASI KEBIJAKAN DAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**

PERSEMBAHAN

Bismillahirrohmanirrohim, dengan penuh ucapan syukur Alhamdulillah, skripsi ini saya persembahkan kepada :

1. Mama tersayang Widhiana Kunderweni dan papa tersayang Purwoko yang tiada lelah memberikan dukungan baik materi maupun non materi hingga saya bisa menjadi Dinnya Yesica Tandy, S.KM. juga adekku Pamela Selma Karamy.
2. Sahabat tersayang juga tersabarku, Wahyu Aprilianto, Nabellah Sagareta, dan mak Dian Septiawati Endariadi yang tiada lelah menemani hari-hariku selama menempuh pendidikan jauh dari rumah, terimakasih karena tiada lelah mendengar tangisanku yang setiap hari tiada henti.
3. Teman-teman alih jenis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2015, Aulia Islami, Maflukhi Bintan, Dessy Irma, Dina Wisesana, Fulinda Elvandari, Galih Dwi, Baity Ilmiyah, Rizqa Najib, Renny Indharwati, Rifana Ifada, Turelin Febriyanti, Venty Arum, Darmawan Eka, Lusya Widyaningrum, Yuli Riski, Yusrizal Fatria, dan Risah Bellah yang saya sebutkan nama lengkapnya karena tidak ingin lupa kenangan 3 tahun bersama kalian.
4. Dosen-dosen pembimbing Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. dan ibu Sri Utami, S.KM., M.M yang telah sabar membimbing saya hingga akhirnya ke tahap ini.
5. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

MOTO

“Ketika satu pintu tertutup maka pintu lain terbuka. Namun, kita seringkali terpaksa menyesali pintu yang tertutup itu, hingga tak bisa melihat pintu lain yang terbuka bagi kita”

(Alexander Graham Bell)*

“...barangsiapa bertakwa pada Alloh niscaya Dia akan membukakan jalan keluar baginya dan Dia memberinya rezeki dari arah yang tidak disangka-sangkanya. Dan barangsiapa bertawakkal kepada Alloh, niscaya Alloh akan mencukupkan (keperluan)nya...”

...barangsiapa bertakwa kepada Alloh, niscaya Alloh akan menghapus kesalahan-kesalahannya dan akan melipatgandakan pahala baginya.”

(Terjemahan QS. Ath-Thalaq: 2-5)

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. *Al-Qur'an dan Terjemahan Al-Jumanatul Hadi Mutiara Pedoman Hidup*. Bandung: Penerbit J-Art

***) Alexander Graham Bell, 1998, *Four Stroke Performance Tuning Haynes*. Publishing,UK.

PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dinnya Yesica Tandy

NIM : 152110101217

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Analisis Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat Jember Tahun 2017” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang susah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 17 Januari 2018

Yang menyatakan

Dinnya Yesica Tandy

NIM 152110101217

SKRIPSI

**ANALISIS KEPATUHAN PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS
DI RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) KALISAT
JEMBER TAHUN 2017**



**Oleh:
Dinnya Yesica Tandy
NIM 152110101217**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., MM

PENGESAHAN

Skripsi berjudul Analisis Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat Jember Tahun 2017 telah di uji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Jumat

Tanggal : 16 Maret 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 19820723 201012 1 003

2. DPA : Sri Utami, S.KM., M.M. (.....)
NIP. 140075647

Tim Penguji

1. Ketua : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 19800825 200604 1 005

2. Sekretaris : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes (.....)
NIP. 19781016 200912 2 001

3. Anggota : Guritno Sri Wahyudi, S.KM. (.....)
NIP. 19730821 200501 1 011

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

RINGKASAN

Analisis Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat Jember Tahun 2017; Dinnya Yesica Tandy; 152110101217; 2018; 82 Halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pelayanan rumah sakit yang bermutu bukan hanya dari pelayanan medis saja tetapi juga pelayanan penunjang salah satunya adalah kelengkapan rekam medis. Indikator mutu rekam medis yang baik dan lengkap adalah kelengkapan isi, akurat, tepat waktu, dan pemenuhan aspek persyaratan hukum. Masalah yang sering timbul dalam pengisian rekam medis adalah pengisiannya yang tidak lengkap, penulisan dokter yang kurang spesifik mengenai diagnosa. Tahun 2016, kelengkapan rekam medis Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat hanya mencapai 61,43% yaitu pada ruang anak, ruang interna, ruang bedah dan syaraf, dan ruang perinatologi. Dokter dan perawat adalah salah satu tenaga medis yang bertanggung jawab atas kelengkapan rekam medis. Rendahnya motivasi dan kinerja dapat menjadi penyebab kepatuhan dokter dan perawat dalam pengisian berkas rekam medis. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat Jember.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian ini dilakukan di kelas II dan III Instalasi Rawat Inap di RSD Kalisat Jember sesuai dengan data ketidaklengkapan setiap ruangan. Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah dokter dan perawat yang melakukan pengisian berkas rekam medis yang berjumlah 47 orang. Pemilihan sampel menggunakan *total sampling*. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner, observasi dengan lembar observasi, dan studi dokumentasi. Penyajian data menggunakan diagram Scatter untuk mengetahui hubungan antara dua variabel.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas memiliki pengetahuan baik tentang rekam medis di RSD Kalisat, lebih banyak responden yang bekerja di RSD Kalisat cukup lama 5 – 10 tahun, dan mayoritas responden bekerja di RSD Kalisat pada

usia dewasa awal 25 - \geq 40 tahun. Mayoritas responden memiliki sikap baik dan motivasi baik terhadap pengisian rekam medis di RSD Kalisat. Mayoritas responden menganggap kepemimpinan di RSD Kalisat terkait pengisian berkas rekam medis sudah baik, sebagian besar responden yang menganggap bahwa imbalan di RSD Kalisat baik, dan lebih besar responden yang menganggap desain kerja di RSD Kalisat kurang baik. Hasil diagram scatter menunjukkan bahwa ada hubungan yang erat yang positif antara variabel pengetahuan, sikap, motivasi, kepemimpinan, dan imbalan terhadap kepatuhan pengisian berkas rekam medis. Sedangkan pada variabel umur, masa kerja, dan desain kerja, pola data menunjukkan hubungan yang rendah terhadap kepatuhan pengisian berkas rekam medis.

Hal ini menunjukkan bahwa beberapa variabel memiliki hubungan yang erat dan positif terhadap kepatuhan pengisian berkas rekam medis. Pada penelitian ini terdapat faktor individu, faktor psikologis dan faktor organisasi. Faktor individu terdiri dari pengetahuan, masa kerja, dan umur. Faktor psikologis terdiri dari sikap dan motivasi. Faktor organisasi terdiri dari kepemimpinan, imbalan, dan desain kerja. Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang erat dan positif antara pengetahuan, sikap, motivasi, kepemimpinan, dan imbalan dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat Jember. Saran bagi instansi penelitian yaitu penegakan standar prosedur operasional dapat menjadi upaya terkait peningkatan pengetahuan tentang pengisian rekam medis. Selain itu, peningkatan supervisi yang dilakukan sesuai peran kepemimpinan terkait rekam medis perlu dilakukan yang diimbangi dengan imbalan.

SUMMARY

Compliance Analysis of Medical Record Filling at Kalisat Hospital Jember in 2017; Dinnya Yesica Tandy; 152110101217; 2018; 82 pages; Health Policy and Administration Departement Public Health Faculty of Jember University

Hospital quality services is not only from medical services but also the support services, one of them is the completeness of medical records. The quality indicator of a good and complete medical record is the completeness of the content, accuracy, appositely, and the completeness of legal requirements. The medical record filling issues are incompleteness and non-specific diagnostic writing from the doctor. In 2016, the completeness of medical records in Kalisat Hospital reaches 61,43%, there are pediatric ward, surgical and neurological ward, internal ward, and perinatology ward. Doctors and nurses are the one of the medical team who have the responsibility of medical records. Less motivation and performance may be the cause of doctors and nurses compliance in medical records filling. This study aims to analyze determinants that relate to the compliance of medical records filling in Kalisat Hospital.

This study uses descriptive research. This study are conducted in class II and III Instalation of Hospitalization in Kalisat Hospital. The populations and samples are doctors and nurses who filling out the medical records numbered 47 people. The sample are using total sampling technique. The data were collected using questionnaire, observation sheet, documentation study, and the data is presented in Scatter diagram to find the correlation of two variables.

The result of the study showed that the majority of respondents had good knowledge of medical records, more respondents worked in Kalisat Hospital for 5 – 10 years, and majority of them worked in early adult age 25 - \geq 40 years old. The majority of respondents had a good attitude and motivation to fill medical records. The majority of respondents had a good response about the filling medical records leadership, the majority of respondent had a good rewards, and more respondents had a less good

response about work design in Kalisat Hospital. The scatter diagram showed that there were a positive correlation between knowledge, attitude, motivation, leadership, and rewards variables for the compliance of medical record files. Besides, the pattern of variable age, working period, and work design data showed a low correlation for the compliance of medical record files filling.

This study shows that several factors have a strong and positive correlation to the compliance of medical records filling, there are individual factors, psychological factors, and organizational factors. Individual factors consists of knowledge, work period, and age. Psychological factors consist of attitude and motivation. Organizational factors consists of leadership, rewards, and job design. Based on the study, it can be concluded that there is a positive correlation between knowledge, attitude, motivation, leadership, and reward with compliance of medical records file in Kalisat Hospital Jember. The suggestion for Kalisat Hospital, should establishing the SOP as effort to improving the knowledge about medical records filling. In addition, improving the supervision performed, according to the leadership role that related to the medical records, needs to be done which is balanced by the rewards.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Analisis Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana gambaran kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat meliputi faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi. Sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan instansi penelitian dalam upaya peningkatan kepatuhan pengisian dan kelengkapan berkas rekam medis di RSD Kalisat.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. dan Ibu Sri Utami, S.KM., MM., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi Kebijakan Dan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang selalu memberikan motivasi kepada penulis.
3. Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes., Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes., dan Bapak Guritno Sri Wahyudi, S.KM., selaku Tim Penguji skripsi yang telah memberikan saran-saran yang sangat membangun dan bermanfaat.
4. Ibu Reny Indrayani S.KM., M.KKK., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran kepada penulis selama penulis berkuliah.
5. Bapak/Ibu dosen Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

6. Bapak/Ibu dosen, dan staff Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
7. Orang tua, adik, dan keluarga besar segala doa, kasih sayang dan dukungan yang diberikan selama ini.
8. Sahabat-sahabatku serta rekan-rekan mahasiswa khususnya mahasiswa Alih Jenis Angkatan 2015 yang selalu memberikan do'a dan semangatnya.
9. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember serta seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, terimakasih telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu, penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga skripsi ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkan.

Jember, 17 Januari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Rumah Sakit	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Tujuan Rumah Sakit.....	8
2.1.3 Fungsi Rumah Sakit	9

2.1.4	Klasifikasi.....	9
2.1.3	Tugas dan Fungsi.....	15
2.2	Rekam Medis.....	16
2.2.1	Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis	16
2.2.2	Standar Rekam Medis	18
2.2.3	Isi Rekam Medis.....	19
2.2.4	Keakuratan Rekam Medis	19
2.2.5	Pertanggung Jawaban terhadap Rekam Medis	21
2.2.6	Kegiatan Unit Rekam Medis	21
2.3	Pelayanan Kesehatan.....	24
2.3.1	Pengertian Pelayanan Kesehatan.....	24
2.3.2	Pengertian Standar Layanan Kesehatan	25
2.3.3	Pelaksanaan Standar Layanan Kesehatan.....	26
2.4	Kepatuhan	26
2.4.1	Definisi Kepatuhan.....	26
2.4.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan	27
2.4.3	Teori Kinerja Gibson yang Mempengaruhi Kepatuhan	29
2.5	Kerangka Teori	34
2.6	Kerangka Konsep	35
3.1	Jenis Penelitian.....	37
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	37
3.2.1	Tempat Penelitian.....	37
3.2.2	Waktu Penelitian	37
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian.....	37
3.3.1	Populasi	37
3.3.2	Sampel	38
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	38
3.4	Variabel dan Definisi Operasional	38
3.4.1	Variabel	38
3.4.2	Definisi Operasional.....	38
3.5	Data dan Sumber Data	43
3.5.1	Data Primer.....	43

3.5.2 Data Sekunder	43
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	44
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	44
3.6.2 Instrumen Penelitian.....	45
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data.....	45
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	45
3.7.2 Teknik Penyajian Data	46
3.7.3 Analisis Data	46
3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian.....	47
3.8.1 Uji Validitas	47
3.8.2 Uji Reliabilitas.....	48
3.9 Alur Penelitian	49
4.1 Gambaran Umum RSD Kalisat Jember.....	50
4.1.1 Visi, Misi, Moto, Tujuan, dan Strategi.....	50
4.1.2 Seksi Kesekretariatan dan Rekam Medis RSD Kalisat.....	51
4.2 Hasil.....	52
4.2.1 Identifikasi Faktor Individu dalam Pengisian Berkas Rekam Medis di RSD Kalisat Jember	52
4.2.2 Identifikasi Faktor Psikologis dalam Pengisian Berkas Rekam Medis di RSD Kalisat Jember.....	53
4.2.3 Identifikasi Faktor Organisasi dalam Pengisian Berkas Rekam Medis di RSD Kalisat Jember.....	54
4.2.4 Identifikasi Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di RSD Kalisat Jember	55
4.2.5 Gambaran Pola Data antara faktor individu (pengetahuan, masa kerja, dan usia) dengan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat.....	57
4.2.6 Gambaran Pola Data antara faktor psikologis (sikap dan motivasi) dengan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat	60
4.2.7 Gambaran Pola Data antara faktor psikologis (sikap dan motivasi) dengan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat	63
4.3 Pembahasan.....	66

4.3.1	Gambaran Pola Data Faktor Individu (Pengetahuan, Masa Kerja, dan Umur) dengan Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di RSD Kalisat	66
4.3.2	Gambaran Pola Data Faktor Psikologis (Sikap dan Motivasi) dengan Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di RSD Kalisat.....	70
4.3.3	Gambaran Pola Data Faktor Organisasi (Kepemimpinan, Imbalan, dan Desain Kerja) dengan Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di RSD Kalisat	72
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN	77
5.1	Kesimpulan	77
5.2	Saran	78
DAFTAR PUSTAKA		79
LAMPIRAN.....		83

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Cara Pengambilan Data, Kriteria Penilaian, dan Skala Data.....	39
Tabel 4.1 Distribusi Responden berdasarkan Pengetahuan.....	52
Tabel 4.2 Distribusi Responden berdasarkan Masa Kerja.....	52
Tabel 4.3 Distribusi Responden berdasarkan Umur.....	53
Tabel 4.4 Distribusi Responden berdasarkan Sikap.....	53
Tabel 4.5 Distribusi Responden berdasarkan Motivasi.....	54
Tabel 4.6 Distribusi Responden berdasarkan Kepemimpinan.....	54
Tabel 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Imbalan.....	55
Tabel 4.8 Distribusi Responden berdasarkan Desain Kerja.....	55
Tabel 4.9 Distribusi Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	56
Tabel 4.10 Distribusi Kelengkapan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	56

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Teori Gibson dalam Gibson (2008) Organisasi, Perilaku, dan Struktur Proses.....	34
Gambar 2.2 Kerangka Konsep diadaptasi dari Teori Gibson dalam Gibson (2008).....	35
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	49
Gambar 4.1 Gambar Pola Data Pengetahuan dengan Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	58
Gambar 4.2 Gambar Pola Data Masa Kerja dengan Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	59
Gambar 4.3 Gambar Pola Data Umur dengan Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	60
Gambar 4.4 Gambar Pola Data Sikap dengan Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	61
Gambar 4.5 Gambar Pola Data Motivasi dengan Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	62
Gambar 4.6 Gambar Pola Data Kepemimpinan dengan Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	63
Gambar 4.7 Gambar Pola Data Imbalan dengan Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	64
Gambar 4.8 Gambar Pola Data Desain Kerja dengan Kepatuhan dalam Pengisian Berkas Rekam Medis.....	65

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Informed Consent	83
Lampiran B. Kuesioner	84
Lampiran C. Lembar Observasi dan Dokumentasi	89
Lampiran D. Uji Validitas dan Reliabilitas	95
Lampiran E. Surat Ijin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember	103
Lampiran F. Surat Ijin Dari Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember	104
Lampiran G. Hasil Dokumentasi	105

DAFTAR SINGKATAN

Menkes	= Menteri Kesehatan
Permenkes	= Peraturan Menteri Kesehatan
RSD	= Rumah Sakit Daerah
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
SIM	= Sistem Informasi Manajemen
SK	= Surat Keputusan
SPM	= Standar Pelayanan Minimal
SPO	= Standar Prosedur Operasional
SPSS	= <i>Statistical Package for Science</i>
RM	= Rekam Medis
UU RI	= Undang Undang Republik Indonesia

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU RI, 2009:2). Rumah sakit merupakan bagian penting dari sistem kesehatan yang menyediakan pelayanan kuratif kompleks, gawat darurat, pusat alih pengetahuan dan teknologi, dan berfungsi sebagai pusat rujukan. Rumah sakit harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan sesuai harapan pelanggan yang dapat dilakukan melalui peningkatan kualitas kerja, untuk meningkatkan kepuasan pemakai jasa. Mutu layanan merupakan suatu hal yang sangat penting untuk tetap dapat menjaga keberadaan suatu rumah sakit (Lubis, 2009:97).

Mutu pelayanan menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang menimbulkan kepuasan pada pasien serta tata penyelenggaraan yang sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesional yang telah ditetapkan. Terdapat beberapa indikator mutu rumah sakit yang mencerminkan mutu pelayanan dari rumah sakit tersebut yang berfungsi adalah sebagai alat untuk melaksanakan manajemen control dan alat untuk mendukung pengambilan keputusan dalam rangka perencanaan kegiatan untuk masa yang akan datang. Indikator mutu pelayanan rumah sakit diantaranya indikator pelayanan non bedah, indikator pelayanan, indikator ibu bersalin dan bayi, indikator mutu pelayanan medis, indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS (rumah sakit), unit cost untuk rawat jalan, indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien, indikator tambahan, angka kematian di IGD (Instalasi Gawat Darurat), angka perawatan ulang, angka infeksi RS, *reject* analisis (radiologi), angka ketidaksesuaian penulisan diet, angka keterlambatan waktu pemberian makan, angka kesalahan pembacaan hasil, angka waktu penyelesaian resep, angka kesalahan pemberian obat, dan angka banyaknya resep yang tidak terlayani (Muninjaya, 2011:36-37).

Indikator mutu pelayanan rumah sakit salah satunya adalah angka perawatan ulang atau rekam medis. Hal tersebut dapat dilihat dari data atau informasi dari rekam medis yang baik dan lengkap. Indikator mutu rekam medis yang baik dan lengkap adalah kelengkapan isi, akurat, tepat waktu dan pemenuhan aspek persyaratan hukum (Lihawa *et al*, 2015:119).

Pengertian rekam medis dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, hal ini merupakan cerminan kerja sama lebih dari satu orang tenaga kesehatan untuk menyembuhkan pasien. Bukti tertulis pelayanan dilakukan setelah pemeriksaan tindakan, pengobatan sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Catatan pada rekam medis yang baik dan lengkap sangat berguna untuk mengingatkan dokter dengan keadaan, hasil pemeriksaan dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien. Hal ini berguna untuk memudahkan strategi pengobatan pasien (Hanafiah dan Amri, 2007:56).

Rekam medis berisi tentang catatan semua tindakan terhadap pasien baik pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rekam medis untuk pasien rawat inap pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan, persetujuan tindakan bila diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi/tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan, pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan pengobatan dan/atau tindakan (Menkes, 2008).

Masalah yang sering timbul dalam pengisian rekam medis di instalasi rawat inap adalah pengisiannya yang tidak lengkap, penulisan dokter yang kurang spesifik mengenai diagnosa. Keadaan ini akan mengakibatkan dampak bagi intern dan ekstern rumah sakit, karena hasil pengolahan data menjadi dasar pembuatan laporan. Laporan ini berkaitan dengan penyusunan berbagai perencanaan rumah sakit, pengambilan keputusan oleh pimpinan khususnya evaluasi pelayanan yang

telah diberikan (Giyana, 2012:48-61). Rekam medis berfungsi sebagai alat bukti bila terjadi tuntutan dan sebagai alat perlindungan hukum bagi dokter. Pelaksana rekam medis yaitu dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan lainnya yang wajib membuat rekam medis tidak menyadari sepenuhnya manfaat dan kegunaan rekam medis sehingga rekam medis dibuat tidak lengkap. Hal ini menimbulkan masalah jika dokter atau tenaga kesehatan melakukan kelalaian yang merugikan pasien (Ridho, 2012:1-18).

Menurut Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM) Rumah Sakit, kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dan kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas memiliki standar yaitu 100%. Selain itu dijelaskan juga bahwa waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap ≤ 15 menit serta yang bertanggung jawab dalam pelayanan tersebut terpusat pada kepala instalasi rekam medis pada setiap rumah sakit. Kelengkapan pengisian rekam medis adalah rekam medis 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*.

RSD Kalisat telah melakukan telaah pada kelengkapan berkas rekam medis pada instalasi rawat inap sejak tahun 2015. Hasil studi pendahuluan pada beberapa rumah sakit tipe C di Kabupaten Jember, didapatkan data rekapitulasi kelengkapan pengisian rekam medis instalasi rawat inap 2x24 jam setelah selesai pelayanan yaitu RSD Kalisat 61,43%, RS Bina Sehat 64%, RSD Balung 64,85%, dan RS DKT 77,73%. Hal ini menunjukkan bahwa kelengkapan berkas rekam medis terendah adalah RSD Kalisat. Berdasarkan data kelengkapan rekam medis RSD Kalisat, tingkat kelengkapan masing-masing ruang yaitu ruang anak 62,14%, ruang interna 61,43%, ruang bedah dan syaraf 60,3%, dan ruang perinatologi 61,56% (Instalasi Rekam Medis RSD Kalisat, 2016)

Rekapitulasi RSD Kalisat tahun 2016 menunjukkan bahwa sebagian besar ketidaklengkapan dokumen rekam medis terletak pada poin identifikasi pasien dan waktu pengembalian $\geq 2x24$ jam ke unit rekam medis. Sedangkan jika salah satu

poin tidak terisi lengkap, maka dokumen rekam medis akan masuk kategori tidak lengkap. Ketidaklengkapan pencatatan pengisian rekam medis akan mempengaruhi mutu pelayanan rekam medis yang akan menggambarkan pelayanan kesehatan yang diberikan. Identifikasi pasien merupakan poin yang tidak dapat terpisahkan dari berkas rekam medis terutama nomor RM, nama, dan alamat pasien untuk mencegah tertukarnya dokumen dengan pasien lain atau munculnya dokumen ganda pasien. Selain itu, identifikasi pasien dapat membantu petugas medis untuk mengetahui dosis pengobatan yang tepat. Identifikasi pasien yang lengkap akan menjadi data dasar bagi penggunaan Sistem Informasi Manajemen (SIM) di rumah sakit. Selain identifikasi pasien, kelengkapan rekam medis pada poin hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, persetujuan tindakan, ringkasan pulang, dan nama tanda tangan dokter/tenaga kesehatan lain yang memberi pelayanan kesehatan juga masih tidak mencapai 100%.

Saat ini, RSD Kalisat menjadi penyangga rujukan untuk Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Soebandi. Selain itu, cakupan pasien yang cukup besar yaitu 10 kecamatan memposisikan RSD ini menjadi rumah sakit yang tidak lepas dari tuntutan masyarakat untuk memberikan pelayanan terbaiknya. Mutu rekam medis akan menggambarkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Banyak faktor yang berhubungan dengan mutu rekam medis sesuai dengan faktor-faktor yang terdapat dalam pelayanan kesehatan. Interaksi antara sumber daya rumah sakit yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu sehingga menghasilkan mutu rekam medis yang baik (Pratiwi, 2009:5).

Kelengkapan dokumen rekam medis tidak lepas dari peran petugas medis maupun paramedis. Tanggung jawab utama terletak pada dokter yang merawat pasien tersebut (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006:3). Rekam medis mencantumkan nilai-nilai informasi, administrasi, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, informasi yang akurat, dan dapat dipertanggung jawabkan dan harus dijaga kerapian serta kebersihannya. Isi rekam medis hanya dibatasi pada hubungan antara dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lain, dan pasien-pasien yang memuat keterangan mengenai riwayat dan perkembangan penyakit,

pengobatan serta tindakan yang diberikan, serta kepastian biaya yang harus dikeluarkan pasien (Dirjen Yanmed, 2006:16).

Teori Gibson (2008:124) menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi perilaku kerja pegawai adalah faktor individu (kemampuan dan keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman, tingkat sosial, dan demografi), faktor psikologis (persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi), dan faktor organisasi (struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, dan sistem penghargaan). Hasil penelitian Istirochah (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan antara insentif, masa kerja, pendidikan serta lama kerja terhadap kepatuhan dokter dalam mengisi rekam medis. Hasil penelitian Lihawa *et al* (2016:300-306) yang menunjukkan bahwa jenis kelamin, usia dan masa kerja tidak memoderasi pengaruh motivasi kerja terhadap kinerja dokter dalam kelengkapan pengisian rekam medis. Sehingga pihak manajemen tidak perlu memperhatikan karakteristik individu dalam upaya peningkatan kinerja dokter.

Faktor penyebab utama ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap adalah karena tidak adanya kebijakan, panduan, dan SPO pengisian rekam medis sehingga tidak ada acuan bagi petugas terkait untuk mengisi rekam medis dan menimbulkan perbedaan persepsi tentang kelengkapan rekam medis. Penyebab lain dari ketidaklengkapan pengisian rekam medis adalah dari sumber daya manusia yang kurang disiplin dalam melakukan pengisian rekam medis (Nurhaidah *et al*, 2016)

Menurut latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka dapat dikemukakan rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat tahun 2017?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat Jember tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan faktor individu (pengetahuan, masa kerja, dan usia) yang mempengaruhi kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat tahun 2017
- b. Menggambarkan faktor psikologis (sikap dan motivasi) yang mempengaruhi kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat tahun 2017
- c. Menggambarkan faktor organisasi (kepemimpinan, imbalan, dan desain kerja) yang mempengaruhi kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat tahun 2017
- d. Menggambarkan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat tahun 2017
- e. Menggambarkan pola data faktor individu (pengetahuan, masa kerja, dan usia) terhadap kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat tahun 2017
- f. Menggambarkan pola data faktor psikologis (sikap dan motivasi) terhadap kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat tahun 2017
- g. Menggambarkan pola data faktor organisasi (kepemimpinan, imbalan, dan desain kerja) terhadap kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat tahun 2017

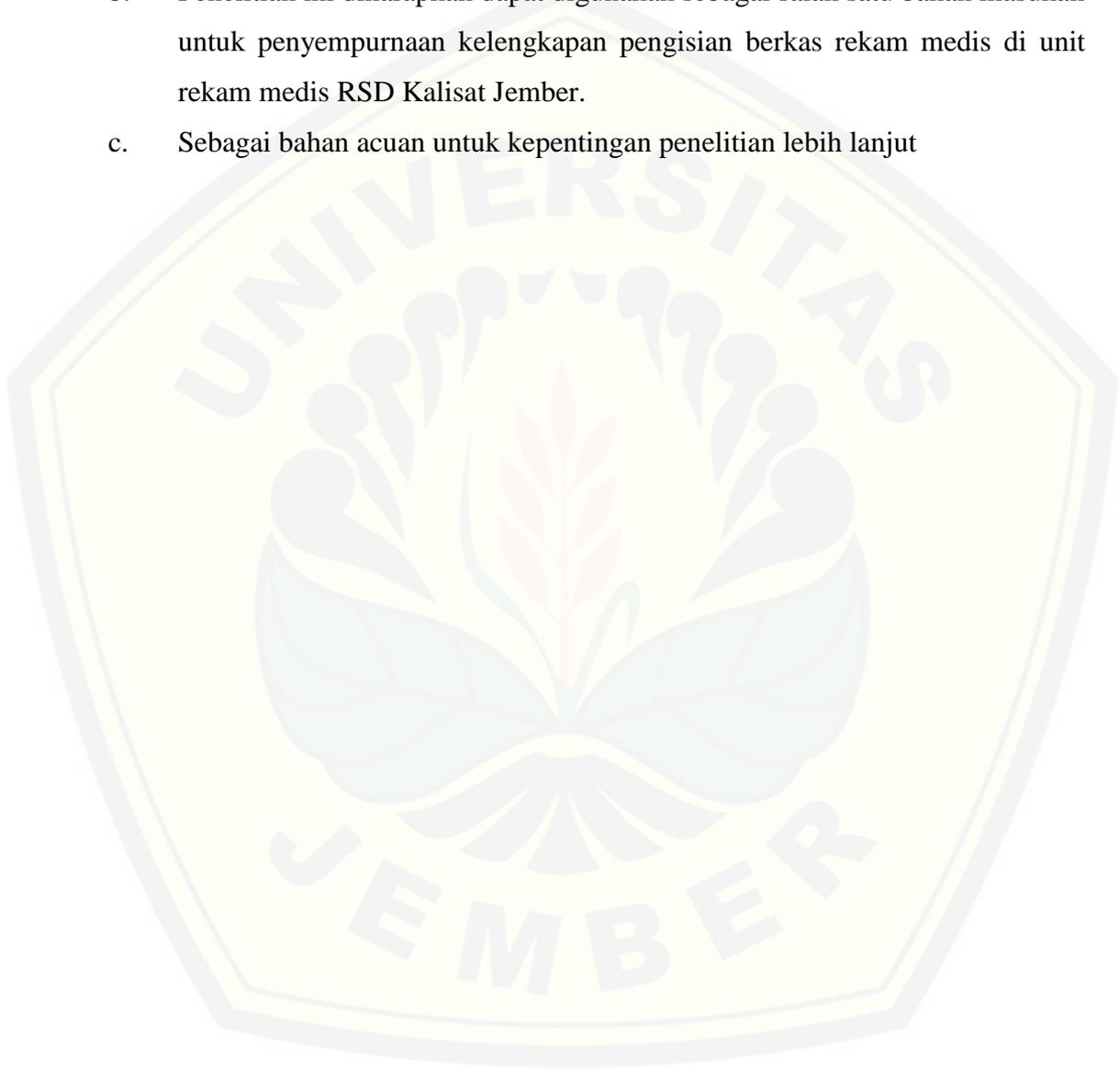
1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis diharapkan penelitian ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya bagi ilmu kesehatan masyarakat dan bagi tempat penelitian yaitu RSD Kalisat Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Sebagai pengalaman dan penambah pengetahuan dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku kuliah
- b. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu bahan masukan untuk penyempurnaan kelengkapan pengisian berkas rekam medis di unit rekam medis RSD Kalisat Jember.
- c. Sebagai bahan acuan untuk kepentingan penelitian lebih lanjut



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, yang diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Rumah sakit bertujuan: mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit; meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit (UU RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit).

Rumah sakit menurut *World Health Organization* (WHO) adalah suatu bagian menyeluruh organisasi sosial dan medis, yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun preventif, di mana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumah, dan juga merupakan pusat latihan tenaga kesehatan dan penelitian bio-psiko-sosioekonomi-budaya (Supriyanto dan Ernawaty, 2010:31)

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Tujuan pengelolaan rumah sakit agar menghasilkan produk jasa atau pelayanan kesehatan yang benar-benar menyentuh kebutuhan pasien dan berbagai aspek, di antaranya menyangkut mutu (medik dan non medik), jenis pelayanan, prosedur pelayanan, harga dan atau informasi yang dibutuhkan. Misi rumah sakit dalam pemasaran dibedakan dalam bisnis antara lain (Supriyanto dan Ernawaty, 2010:32):

- a. Maksimalisasi kesejahteraan masyarakat lebih diutamakan (kepuasan pasien, keuntungan, dan nilai tambah)
- b. *Supply induce demand* tidak diperkenankan
- c. Kompetitif tidak diperkenankan

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Permenkes RI no 56 tahun 2014 menunjukkan bahwa rumah sakit memiliki empat fungsi, yaitu:

- 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

2.1.4 Klasifikasi

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam (UU RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit):

- a. Rumah Sakit Umum

Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi:

1. Rumah Sakit Umum Kelas A

Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Kelas A harus paling sedikit meliputi:

- a) Pelayanan medik, meliputi:

- 1) pelayanan gawat darurat harus diselenggarakan 24 jam sehari secara terus menerus

- 2) pelayanan medik spesialis dasar, meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri ginekologi
- 3) pelayanan pelayanan spesialis penunjang, meliputi pelayanan anestesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik
- 4) pelayanan medik spesialis lain, meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik
- 5) pelayanan medik spesialis gigi mulut, meliputi pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, periodonti, orthodonti, prosthodonti, pedodonso, dan penyakit mulut
- 6) pelayanan medik subspecialis, meliputi pelayanan subspecialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetri dan ginekologi, mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung, dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah palstik, dan gigi mulut
 - b) Pelayanan kefarmasian, meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik
 - c) Pelayanan keperawatan dan kebidanan, meliputi asuhan keperawatan generalis dan spesialis serta asuhan kebidanan
 - d) Pelayanan penunjang medik, meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan Rekam Medis
 - e) Pelayanan penunjang non klinik, meliputi pelayanan *laundry*/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih
 - f) Pelayanan rawat inap, harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:
 - 1) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah

- 2) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik swasta
- 3) Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah dan swasta
2. Rumah Sakit Umum Kelas B
Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Kelas B harus paling sedikit meliputi:
 - a) Pelayanan medik, meliputi:
 - 1) Pelayanan gawat darurat harus diselenggarakan 24 jam sehari secara terus menerus
 - 2) Pelayanan medik spesialis dasar, meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri ginekologi
 - 3) Pelayanan spesialis penunjang, meliputi pelayanan anesthesiologi, radiologi, patologi, klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik
 - 4) Pelayanan medik spesialis lain, paling sedikit berjumlah 8 pelayanan dari 13 pelayanan yang meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik
 - 5) Pelayanan medik subspecialis, paling sedikit berjumlah 2 pelayanan subspecialis dari 4 subspecialis dasar yang meliputi pelayanan subspecialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, dan obstetri ginekologi
 - 6) Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, paling sedikit berjumlah 3 pelayanan yang meliputi pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, dan orthodonsi
 - b) Pelayanan kefarmasian, meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik
 - c) Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan

- d) Pelayanan penunjang klinik meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan Rekam Medis
- e) Pelayanan penunjang nonklinik meliputi pelayanan *laundry*/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih
- f) Pelayanan rawat inap, harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:
 - 1) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah sakit milik pemerintah
 - 2) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah sakit milik swasta
 - 3) Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah sakit milik pemerintah dan swasta
- 3. Rumah Sakit Umum Kelas C
Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas C paling sedikit meliputi:
 - a) Pelayanan medik paling sedikit terdiri dari:
 - 1) Pelayanan gawat darurat harus diselenggarakan 24 jam sehari secara terus menerus
 - 2) Pelayanan medik umum, meliputi pelayanan medik dasar, medik gigi mulut, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana
 - 3) Pelayanan medik spesialis dasar, meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah dan obstetri ginekologi
 - 4) Pelayanan medik spesialis penunjang, meliputi pelayanan anesthesiologi, radiologi, dan patologi klinik
 - 5) Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, paling sedikit berjumlah 1 pelayanan
 - b) Pelayanan kefarmasian, meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik

- c) Pelayanan keperawatan dan kebidanan, meliputi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan
- d) Pelayanan penunjang klinik, meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan Rekam Medis
- e) Pelayanan penunjang nonklinik, meliputi pelayanan *laundry*/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih
- f) Pelayanan rawat inap harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:
 - 1) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah
 - 2) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Swasta
 - 3) Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Swasta
- 4. Rumah Sakit Umum Kelas D
Pelayanan yang diberikan Rumah Sakit Umum Kelas D paling sedikit meliputi:
 - a) Pelayanan medik paling sedikit terdiri dari:
 - 1) Pelayanan gawat darurat, harus diselenggarakan 24 jam sehari secara terus-menerus
 - 2) Pelayanan medik umum, meliputi pelayanan medik dasar, medik gigi mulut, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana
 - 3) Pelayanan medik spesialis dasar paling sedikit 2 dari 4 pelayanan medik spesialis dasar yang meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan/atau obstetri dan ginekologi
 - 4) Pelayanan medik spesialis penunjang, meliputi pelayanan radiologi dan laboratorium

- b) Pelayanan kefarmasian, meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, pelayanan farmasi klinik
- c) Pelayanan keperawatan dan kebidanan, meliputi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan
- d) Pelayanan penunjang klinik, meliputi pelayanan darah, perawatan high care unit untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan Rekam Medis
- e) Pelayanan penunjang nonklinik, meliputi pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.
- f) Pelayanan rawat inap harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:
 - 1) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah
 - 2) Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Swasta
 - 3) Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Swasta
- b. Rumah Sakit Khusus

Rumah Sakit Khusus harus mempunyai fasilitas dan kemampuan, paling sedikit meliputi:

 - 1. Pelayanan yang diselenggarakan meliputi:
 - a) Pelayanan medik, paling sedikit terdiri dari:
 - b) Pelayanan gawat darurat, tersedia 24 jam sehari terus-menerus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - c) Pelayanan medik umum
 - d) Pelayanan medik spesialis dasar sesuai kekhususan
 - e) Pelayanan medik spesialis dan/atau subspecialis sesuai kekhususan
 - f) Pelayanan medik spesialis penunjang
 - 2. Pelayanan kefarmasian

3. Pelayanan keperawatan
4. Pelayanan penunjang klinik
5. Pelayanan penunjang nonklinik
 - a) Sumber daya manusia, paling sedikit terdiri dari:
 - 1) Tenaga medis yang memiliki kewenangan menjalankan praktik kedokteran di Rumah Sakit yang bersangkutan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan
 - 2) Tenaga kefarmasian dengan kualifikasi apoteker dan tenaga teknis kefarmasian dengan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kefarmasian Rumah Sakit
 - 3) Tenaga keperawatan dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit
 - 4) Tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit
 - b) Peralatan yang memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

2.1.3 Tugas dan Fungsi

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Menurut UU RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, untuk menjalankan tugas tersebut, rumah sakit berfungsi:

- 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

Rekam medis diartikan sebagai keterangan yang tertulis maupun yang terekam yang berisi identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. Tenaga yang bertugas mengisi rekam medis ialah dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis, dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit, residen yang sedang melaksanakan praktik, tenaga paramedik perawat dan non perawat yang terlibat langsung dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yaitu diantaranya perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata *rontgen*, rehabilitasi medis, dan lainnya (Indar *et al*, 2013:10-18)

Menurut Permenkes No. 269/Menkes/Per/111/2008, rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Untuk mendapatkan catatan data medis yang baik, ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh dokter dan ahli-ahli di bidang kesehatan lainnya, yaitu mencatat data secara tepat waktu, *up to date*, cermat dan lengkap, lalu membuat catatan yang dapat dipercaya dan menurut kenyataan, memilih data yang berkaitan dengan masalahnya, dan mencatat data secara obyektif. Proses pelayanan rekam medis sendiri diawali dengan identifikasi pasien baik jati diri maupun pelayanan penyakit, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis lainnya. Rekam medis merupakan catatan rekaman yang harus dijaga kebersihannya dan terbatas tenaga kesehatan dan pasien-pasien serta memberikan kepastian biaya yang harus dikeluarkan.

2.2.1 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

a. Tujuan

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tertib administrasi akan

sulit berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan rekam medis secara rinci akan terlihat dan analog dengan kegunaan rekam medis itu sendiri (Rustiyanto, 2009:6)

b. Kegunaan

Peraturan Menteri Kesehatan no. 269 tahun 2008 menyebutkan bahwa rekam medis memiliki 5 manfaat atau kegunaan, yaitu:

- 1) Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
- 2) Alat bukti dalam proses penegak hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegak etika kedokteran dan etika kedokteran gigi
- 3) Keperluan pendidikan dan penelitian
- 4) Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
- 5) Data statistik kesehatan

Rekam medis disimpan dengan tujuan:

- 1) Fungsi komunikasi, rekam medis disimpan untuk komunikasi di antara dua orang yang bertanggung jawab terhadap kesehatan pasien untuk kebutuhan pasien saat ini dan yang akan datang
- 2) Kesehatan pasien yang berkesinambungan, rekam medis dihasilkan atau dibuat untuk penyembuhan pasien setiap waktu dan sesegera mungkin
- 3) Evaluasi kesehatan pasien, rekam medis merupakan salah satu mekanisme yang memungkinkan evaluasi terhadap standar penyembuhan yang telah diberikan.
- 4) Rekaman bersejarah, rekam medis merupakan contoh yang menggambarkan tipe dan metode pengobatan yang dilakukan pada waktu tertentu
- 5) Medikolegal, rekam medis merupakan bukti dari opini yang bersifat prasangka mengenai kondisi, sejarah dan prognosis pasien
- 6) Tujuan statistik, rekam medis dapat digunakan untuk menghitung jumlah penyakit, prosedur pembedahan dan insiden yang ditemukan setelah pengobatan khusus
- 7) Tujuan penelitian dan pendidikan, rekam medis di waktu yang akan datang dapat digunakan dalam penelitian kesehatan.

Nilai guna rekam medis menurut Rustiyanto (2009:7) sebagai berikut:

- 1) Bagi pasien
 - a. Menyediakan bukti asuhan keperawatan/tindakan medis yang diterima oleh pasien
 - b. Menyediakan data bagi pasien jika pasien datang untuk kedua kali dan seterusnya
 - c. Menyediakan data yang dapat saling melindungi kepentingan hukum pasien dalam kasus-kasus kompensasi pekerja kecelakaan pribadi atau mal praktek
- 2) Bagi fasilitas pelayanan kesehatan
 - a. Memiliki data yang dipakai untuk pekerja profesional kesehatan
 - b. Sebagai bukti atas biaya pembayaran pelayanan medis pasien
 - c. Mengevaluasi penggunaan sumber daya
- 3) Bagi pemberi pelayanan
 - a. Menyediakan informasi untuk membantu seluruh tenaga profesional dalam merawat pasien
 - b. Membantu dokter dalam menyediakan data perawatan yang bersifat berkesinambungan pada berbagai tingkatan pelayanan kesehatan
 - c. Menyediakan data-data untuk penelitian dan pendidikan

2.2.2 Standar Rekam Medis

Terdapat beberapa standar penyimpanan berkas rekam medis yang diterima oleh organisasi profesional, yaitu:

- a. Dokter harus memeriksa bahwa dalam setiap lembaran tercantum nama dan materi identifikasi pasien yang terisi dengan baik;
- b. pengisian harus jelas dan tidak membingungkan;
- c. Rekam medis harus akurat, adekuat, tepat, aktual, dan relevan;
- d. Untuk memberikan pelayanan sesuai standar seorang dokter harus melakukan pencatatan sesering mungkin;
- e. baik dokter maupun perawat harus memiliki rencana perawatan yang terpisah namun saling melengkapi;
- f. setiap tindakan yang dilakukan harus tercatat sejak kedatangan awal pasien;

- g. semakin darurat keadaan pasien maka rekam medis harus ditulis sesegera mungkin (Dirjen Yanmed, 2006:80).

2.2.3 Isi Rekam Medis

Rekam medis pasien rawat inap pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat (Permenkes RI, 2008):

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulan (*discharge summary*)
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi/tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
- m. Pengobatan atau tindakan

2.2.4 Keakuratan Rekam Medis

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis menyebutkan bahwa syarat dari rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat tentang identitas pasien, pemeriksaan, diagnosis/masalah, persetujuan tindakan medis (bila ada), tindakan/pengobatan, dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Syarat tersebut akan menghasilkan informasi rekam medis yang akurat.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk menghasilkan rekam medis yang akurat (Ismaniar, 2015:43-50) adalah:

- a. Apabila terjadi kesalahan dalam penulisan maka bagian yang salah digaris bawahi dengan satu garis diberi tanggal dan waktu serta alasan penggantian. Kemudian catatan yang baru dituliskan pada tempat yang kosong di sebelahnya. Bagian yang salah ataupun halaman yang salah tidak boleh dibuang.
- b. Apabila pasien minta penggantian rekam medis maka dokter yang bersangkutan harus mendiskusikannya dengan pasien.
- c. Apabila mungkin seorang dokter atau perawat supervisor harus mengoreksi bagian yang salah yang tidak diketahui sebelumnya kemudian mencantumkan tandatangan, waktu dan tanggal serta alasan koreksi dekat bagian yang dikoreksi. Bagian yang salah tidak boleh dihapus.
- d. Seorang dokter tidak boleh menuliskan perasaan pribadinya tentang si pasien. Apabila sudah dituliskan maka tidak boleh diganti atau dihapus kecuali dengan mencantumkan alasannya selanjutnya dilakukan seperti penjelasan sebelumnya.
- e. Rekam medis harus ditulis dengan bahasa yang jelas dan dengan kata-kata yang mudah dipahami oleh semua staf yang berkaitan dengan pasien. Catatan bisa tertulis atau diketik dengan jelas. Penulis harus mencantumkan nama, jabatan dan tandatangannya setelah menulis.
- f. Rekam medis harus mencantumkan jumlah yang adekuat tentang terapi yang diberikan pada pasien untuk menilai apakah terapi yang diberikan sudah memenuhi standar prosedur. Kalau tidak rumah sakit bisa dianggap melalaikan pasiennya.
- g. Rekam medis harus segera diselesaikan beberapa hari setelah pasien pulang. Tidak ada standar yang baku, beberapa rumah sakit memakai batas 15 hari setelah pasien pulang.
- h. Data yang ditambah pada rekam medis setelah pasien pulang biasanya dianggap tidak kredibel lagi. Bahkan beberapa perusahaan asuransi tidak mempertimbangkan data-data yang diisi setelah pasien pulang.

2.2.5 Pertanggung Jawaban terhadap Rekam Medis

Pertanggung jawaban terhadap rekam medis yaitu rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi informasi yang ada di dalam rekam medis terhadap kemungkinan hilangnya keterangan ataupun memasukkan data yang ada di dalam rekam medis atau dipergunakan oleh orang yang semestinya tidak di beri izin. Adapun tanggung jawab tersebut dibebankan kepada (Rustiyanto, 2009:29):

a. Tanggung jawab dokter yang merawat

Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Dokter mengemban tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis.

b. Tanggung jawab petugas rekam medis

Petugas rekam medis, membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali rekam medis. Analisa kelengkapan isi rekam medis dimaksudkan untuk mencari hal-hal yang kurang atau masih diragukan. Dalam rangka membantu dokter dalam penganalisaan kembali dari rekam medis, petugas rekam medis harus melakukan analisa kualitatif dan analisa kuantitatif.

c. Tanggung jawab pimpinan rumah sakit

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menyediakan fasilitas unit rekam medis yang meliputi ruang, peralatan, dan tenaga yang memadai. Dengan demikian petugas rekam medis dapat bekerja secara efektif

d. Tanggung jawab mahasiswa praktik

Mahasiswa kesehatan wajib untuk selalu bertanggung jawab dan menjaga kerahasiaan akan isi dokumen rekam medis milik pasien di rumah sakit yang digunakan dalam kegiatan Praktik Kerja Lapangan.

2.2.6 Kegiatan Unit Rekam Medis

a. Ketentuan Pencatatan dan Pengisian Berkas Rekam Medis

Pencatatan berkas rekam medis adalah suatu kegiatan pengisian/pencatatan, dan merekam data pasien, data sosial, pemeriksaan, pengobatan/tindakan yang diberikan oleh bidang profesi kesehatan kepada pasien. Tujuannya adalah sebagai

acuan untuk penerapan langkah-langkah pencatatan dan pengisian berkas rekam medis (Ismaniar, 2015:43-50).

b. Proses penyerahan berkas rekam medis

Merupakan suatu prosedur penyerahan dokumen rekam medis dari ruang perawatan oleh petugas medis/perawat ke urusan assembling. Prosedur penyerahan dokumen rekam medis adalah sebagai berikut:

1. Dokumen rekam medis pasien yang sudah pulang diserahkan ke unit rekam medis dalam waktu 2x24 jam atau bila ada sesuatu hal, dapat dikembalikan dalam waktu 14 hari setelah semua laporan selesai dilengkapi dan diserahkan ke *assembling*.
2. Petugas/perawat menyerahkan dokumen rekam medis disertai dengan buku ekspedisi pengiriman dokumen rekam medis
3. Petugas *assembling* menerima buku ekspedisi pengiriman dokumen rekam medis beserta buku rekam medisnya
4. Petugas *assembling* melakukan pengecekan antara dokumen rekam medis yang disetor dengan catatan di buku ekspedisi penyetoran dokumen rekam medis
5. Setelah ada kesesuaian antara catatan dengan dokumen rekam medisnya, pada akhir pencatatan petugas *assembling* menandatangani dan memberi nama jelas pada buku ekspedisi pengiriman dokumen rekam medis
6. Petugas rekam medis mencatat dalam buku ekspedisi pengembalian dokumen rekam medis sesuai dengan jumlah yang disetor
7. Setelah proses penyerahan dokumen rekam medis selesai, dokumen diolah oleh bagian rekam medis urusan *filling* dan *assembling* sesuai prosedur yang berlaku.

c. Proses Pengolahan Rekam Medis

Meliputi penataan berkas rekam medis (*assembling*), pemberian kode (*coding*), dan indeksing (*indexing*). Kegiatan *assembling* adalah kegiatan merakit rekam medis dengan menganalisis kelengkapan rekam medis. Sedangkan pemberian kode penyakit (*coding*) merupakan kegiatan pengelolaan data dalam memberikan kode dari diagnosa pasien sesuai dengan kode dari *Internasional Classification Disease 10* (ICD-10) yang diterbitkan oleh WHO untuk

menggantikan *International Classification of Disease Ninth Revision Clinical Modification* (ICD-9-CM) yang memuat semua diagnosa beserta kodenya, sebagai acuan untuk penerapan langkah-langkah untuk memberi kode diagnosa dan kode tindakan operasi pasien. Di RSD Kalisat *coding* untuk penyakit menggunakan ICD-10 elektronik, sedangkan pengkodean tindakan menggunakan ICD-9-CM. *Indexing* merupakan kegiatan pada pengelolaan rekam medis yang mempunyai fungsi *input* data morbiditas, mortalitas, indeks kematian, ke buku register rawat inap dan rawat jalan sesuai dengan form yang telah disediakan.

d. Pelaporan Rekam Medis

Merupakan kegiatan mengumpulkan dan menerima laporan-laporan kegiatan pelayanan dari setiap unit/ruang yang ada dalam lingkungan RSD Kalisat. Kemudian diolah dan disajikan dalam bentuk laporan, untuk dikirim kepada yang berkepentingan maupun yang membutuhkan. Pelaporan itu sendiri merupakan informasi atau data yang dibutuhkan oleh pihak manajemen rumah sakit dan pemerintah untuk mengambil keputusan, sehingga dibutuhkan pelaporan yang tepat dan akurat. Adapun format laporan yang disampaikan pihak-pihak terkait adalah sesuai dengan data atau informasi apa saja yang dibutuhkan oleh pihak tersebut, sehingga data yang didapat dari unit-unit pelaksana pelayanan dan unit yang melaporkan akan didapatkan hasil yang sama, sehingga bisa dikatakan data tersebut akurat (PPRM RSD Kalisat Rev – I, 2017:79)

e. Penyimpanan Rekam Medis

Petugas *filling* bertanggung jawab terhadap penyimpanan dan pengambilan seluruh data informasi yang telah berhasil diperoleh untuk keperluan di masa yang akan datang. Kegiatan penyimpanan dan pengambilan yaitu menyimpan setiap berkas rekam medis yang telah selesai dipakai untuk berobat dan menyimpan kembali dengan sistem nomor seri (Ismaniar, 2015:43-50).

Sistem penyimpanan berkas rekam medis di RSD Kalisat menggunakan sistem sentralisasi yaitu tempat penyimpanan berkas rekam medis seorang pasien baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan kunjungan rawat inap tersimpan dalam satu ruang yang sama (tersentral). Kegunaan dari sistem penyimpanan ini adalah (SPO RM RSD Kalisat, 2017):

1. Mengurangi jumlah muatan dalam rak penyimpanan mengingat pasien rawat jalan cenderung lebih banyak dari pasien rawat inap.
2. Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.
3. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.

2.3 Pelayanan Kesehatan

2.3.1 Pengertian Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat (Permenkes No. 147 tahun 2010). Rumah sakit merupakan sarana yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang menjalankan rawat inap, rawat jalan, dan rehabilitasi berikut segala penunjangnya (Astuti 2009 dalam Triwibowo, 2013:7)

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Definisi pelayanan kesehatan menurut Undang-Undang RI nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat. Berdasarkan UU RI nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perorangan (*medical service*)

Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*)

Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas. Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
2. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
3. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
4. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

2.3.2 Pengertian Standar Layanan Kesehatan

Standar layanan kesehatan merupakan bagian dari layanan kesehatan itu sendiri dan memainkan peranan penting dalam mengatasi masalah mutu layanan kesehatan. Secara luas, pengertian standar layanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu menyangkut masukan, proses, dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan (Pohan, 2007:28).

Standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam

melaksanakan tugas dan perannya masing-masing. Kadang-kadang standar layanan kesehatan itu diartikan sebagai protokol, SPO, dan petunjuk pelaksanaan (Pohan, 2007:28).

2.3.3 Pelaksanaan Standar Layanan Kesehatan

Untuk mengukur tercapai atau tidaknya standar, maka digunakan indikator (tolak ukur) yang menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Standar dapat dibedakan atas (Bustami, 2011:7):

a. Standar masukan

Standar masukan (*input* atau *structure*) dapat berupa tenaga, peralatan, fasilitas, sumber dana, bahan, organisasi, dan sebagainya.

b. Standar proses

Standar proses berfokus pada interaksi profesi dengan pasien/konsumen/masyarakat dan digunakan untuk menilai pelaksanaan proses pelayanan kesehatan dan merupakan kinerja pelayanan kesehatan. Standar proses biasanya dinyatakan sebagai kebijaksanaan atau prosedur kerja.

c. Standar keluaran

Standar keluaran merupakan ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan. Karena menunjuk pada hasil keluaran, maka standar keluaran sering juga disebut dengan standar penampilan.

d. Standar hasil

Standar hasil merupakan ukuran hasil intervensi pelayanan kesehatan terhadap konsumen/pasien/masyarakat. Standar hasil biasanya ditentukan oleh pihak ketiga, bukan oleh pemberi pelayanan atau sarana pelayanan kesehatan. Standar hasil merupakan perubahan-perubahan yang diantisipasi dalam kondisi konsumen/pasien/masyarakat.

2.4 Kepatuhan

2.4.1 Definisi Kepatuhan

Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin (Pranoto, 2007:56). Kepatuhan dapat

diklasifikasikan menjadi dua, yaitu patuh dan tidak patuh. Dikatakan patuh apabila melaksanakan tindakan sesuai dengan ketentuan dan dikatakan tidak patuh apabila melaksanakan tindakan tidak sesuai ketentuan (Niven, 2008:192).

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 yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*). Biasanya kepatuhan ini timbul karena individu merasa tertarik atau mengagumi petugas atau tokoh tersebut, sehingga ingin mematuhi apa yang dianjurkan atau diinstruksikan tanpa memahami sepenuhnya arti dan manfaat dari tindakan tersebut, tahap ini disebut proses identifikasi. Motivasi untuk mengubah perilaku individu dalam tahap ini lebih baik daripada dalam tahap kesediaan, namun motivasi ini belum tentu dapat menghubungkan perilaku tersebut dengan nilai-nilai lain dalam hidupnya, sehingga jika ditinggalkan petugas atau tokoh idolanya itu maka ia merasa tidak perlu melanjutkan perilaku tersebut (Lestari, 2014:97-109).

2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Keberhasilan organisasi ditentukan oleh perilaku karyawannya, perilaku karyawan tersebut dapat dilihat dari prestasi kerja dan semangat kerjanya. Perilaku karyawan dipengaruhi sikap kerja yang dilihat dari kepuasan kerja dan komitmen terhadap organisasi. Sikap kerja dipengaruhi oleh karakteristik individu, pekerjaan, dan organisasi. Karakteristik individu terdiri atas jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia, masa kerja, status perkawinan, jumlah tanggungan dan posisi. Karakteristik organisasi meliputi kompleksitas jumlah unit yang ada dalam organisasi, formalisasi banyaknya pelaksanaan tugas yang bersandarkan pada peraturan, dan sentralisasi dari siapa yang akan mengambil keputusan. Sedangkan karakteristik pekerjaan terdiri atas keanekaragaman tugas, identitas tugas, keberartian tugas, otonomi dan umpan balik (Robbins dan Judge, 2014:268).

Faktor yang mempengaruhi perilaku kerja pegawai menurut teori Gibson (1987) dalam Gibson *et al* (2008:124) yaitu:

a. Faktor individu

Variabelnya adalah kemampuan dan keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman tingkat sosial dan demografi seseorang. Selain itu, faktor seperti umur dan jenis kelamin akan mempengaruhi perilaku secara tidak langsung. Sedangkan untuk kemampuan dan keterampilan, merupakan faktor utama dalam individu yang mempengaruhi kinerja seseorang.

b. Faktor psikologis

Variabelnya adalah persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi, kepuasan kerja. Faktor psikologis yang banyak dipengaruhi oleh latar belakang keluarga, lingkungan dan pengalaman kerja sebelumnya.

c. Faktor organisasi

Variabelnya adalah struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan. Faktor organisasi berpengaruh tidak langsung pada hasil kerja dari seseorang.

Selain teori Gibson, ada teori Mathis (2011:113) yang juga menyatakan bahwa terdapat tiga faktor yang mempengaruhi kepatuhan atau kinerja pekerja yaitu:

- a. Kemampuan pribadi untuk melakukan pekerjaan tersebut (*ability*)
- b. Tingkat usaha yang dicurahkan (*effort*)
- c. Dukungan organisasi (*support*)

Prestasi kerja dari pekerja dapat ditingkatkan sampai pada tingkat ketiga komponen tersebut yang ada di dalam diri atau pribadi pekerja, akan tetapi prestasi kerja dapat berkurang apabila salah satu faktor tersebut dihilangkan. Contohnya, apabila ada pekerja yang berkemampuan untuk bekerja dengan keras, tetapi organisasi tidak menyediakan peralatan yang memenuhi kebutuhannya dalam bekerja maka hasil pekerjaan tersebut tidak akan optimal.

2.4.3 Teori Kinerja Gibson yang Mempengaruhi Kepatuhan

a. Faktor Individu

1. Kemampuan dan keterampilan

Kemampuan dan keterampilan memainkan peran penting dalam perilaku dan kinerja individu. Sebuah kemampuan adalah sebuah *trait* (bawaan atau dipelajari) yang memungkinkan seseorang mengerjakan sesuatu mental dan fisik. Keterampilan adalah kompetensi yang berhubungan dengan tugas seperti keterampilan mengoperasikan komputer atau keterampilan berkomunikasi dengan jelas untuk tujuan dan misi kelompok. Manajer harus mencocokkan setiap kemampuan dan keterampilan seseorang dengan persyaratan kerja agar dalam bekerja dapat mencapai kinerja (Gibson et al, 2008:127).

Robbins dan Judge (2014:494) menyatakan bahwa keterampilan yang terdiri dari pengetahuan, kemampuan, kecakapan teknis dan kecakapan interpersonal akan mempengaruhi perilaku. Semakin kompleks suatu pekerjaan dalam hal tuntutan pemrosesan suatu informasi maka akan semakin banyak dibutuhkan pengetahuan, kemampuan, dan kecerdasan untuk melaksanakan pekerjaan tersebut dengan berhasil.

Gibson *et al* (2008:127) menyebutkan bahwa lamanya masa tugas dan pengalaman dalam mengelola suatu pekerjaan berpengaruh terhadap keterampilan seseorang. Pengalaman adalah latar belakang yang menentukan secara tidak langsung kinerja dan perilaku seseorang.

Makin lama seseorang mempunyai pengalaman kerja seharusnya akan semakin terampil dalam melakukan pekerjaannya, akan tetapi jika dihubungkan dengan kualitas kerja yang dihasilkan oleh keterampilannya dalam bekerja akan sangat tergantung dari individu yang bersangkutan.

2. Aspek demografi

Aspek demografi terdiri dari jenis kelamin, ras, dan keragaman budaya. Penelitian menunjukkan bahwa pria dan wanita adalah sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan. Meskipun hasil data riset cukup memastikan, beberapa peneliti masih percaya adanya kreativitas, penalaran, dan kemampuan belajar di antara pria dan wanita. Masih

terdapat perdebatan soal perbedaan pria dan wanita mengenai prestasi dalam pekerjaan, absensi, dan tingkat pergantian. Debat prestasi dalam pekerjaan tidak menghasilkan kesimpulan. Tidak ada data pendukung yang menyatakan bahwa pria dan wanita adalah pekerja yang lebih baik. Hanya di bidang absensi sering ditemukan perbedaan. Wanita memiliki tingkat absensi yang lebih tinggi karena peran pengasuh mereka (Gibson *et al*, 2008:130).

3. Latar Belakang

Perwujudan sikap mental berkaitan dengan diri sendiri dapat dilakukan melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan, disiplin, upaya pribadi dan ketekunan kerja, sedangkan yang berkaitan dengan pekerjaan dapat dilakukan melalui manajemen dan metode kerja yang baik, tepat waktu serta sistem dan teknologi yang lebih baik. Kedua latar belakang pada penelitian ini menjelaskan pengalaman dan dukungan keluarga dalam menjalankan pekerjaannya (Dewi, 2014).

Pengalaman menjadi faktor penting dalam penelitian ini karena sesuatu yang pernah dialami seseorang dengan pengalaman seseorang dapat diketahui bagaimana bertindak dan menaati peraturan yang sudah disiapkan (Gibson *et al*, 2008:131).

b. Variabel Psikologi

1. Persepsi

Persepsi adalah proses kognitif individu dalam memilih, mengatur, menyimpan, dan menginterpretasikan rangsangan menjadi gambaran dunia yang utuh dan berarti. Oleh karena setiap orang memberi arti dalam setiap rangsangan, individu berbeda dalam melihat hal yang sama dengan cara yang berbeda. Cara seorang pekerja dalam melihat keadaan sering kali mempunyai arti yang lebih banyak untuk mengerti perilaku daripada keadaan itu sendiri (Gibson *et al*, 2008:133).

2. Sikap

Sikap merupakan determinan perilaku sebab yang berkaitan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sebuah sikap adalah perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur melalui pengalaman

yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, obyek-obyek dan keadaan (Gibson *et al*, 2008:134).

Sikap (*attitude*) adalah pernyataan-pernyataan atau penilaian-penilaian evaluatif, baik itu yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan berkaitan dengan objek, orang, atau peristiwa. Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu. Dalam suatu organisasi, aspek sikap bersifat penting karena mempengaruhi perilaku, sikap yang dimiliki seorang individu akan menentukan apa yang akan mereka lakukan. Ada tiga komponen dari sikap yaitu:

- a) Komponen kognitif (*cognitif component*), segmen keyakinan atau opini dari suatu sikap
- b) Komponen afektif (*affective component*), merupakan segmen emosional atau perasaan dari sikap dan perasaan ini akan menimbulkan hasil akhir yaitu perilaku
- c) Komponen perilaku (*behavioral component*), merupakan niat untuk berperilaku dalam cara tertentu terhadap seseorang atau sesuatu

3. Kepribadian

Kepribadian merupakan himpunan karakteristik dan kecenderungan yang stabil serta menentukan sifat umum dan perbedaan dalam perilaku seseorang. Kepribadian dipengaruhi oleh keturunan, budaya, dan faktor sosial. Tinjauan determinan yang membentuk kepribadian menunjukkan bahwa para manajer mempunyai sedikit kendali terhadap determinan dan tidak ada manajer yang harus menyimpulkan bahwa kepribadian bukan faktor penting dalam perilaku di tempat kerja hanya karena kepribadian dibentuk di luar organisasi. Kepribadian adalah juga saling berhubungan dengan persepsi, sikap, belajar, dan motivasi setiap usaha untuk mengerti perilaku menjadi tidak lengkap apabila kepribadian tidak diperhitungkan (Gibson *et al*, 2008:156)

4. Motivasi

Motivasi merupakan konsep yang digunakan untuk menggambarkan dorongan-dorongan yang timbul pada atau di dalam seorang individu yang menggerakkan dan mengarahkan individu. Konsep motivasi digunakan untuk menjelaskan perbedaan-perbedaan dalam intensitas perilaku dan untuk

menunjukkan arah tindakan. Manajer lebih suka memotivasi karyawannya secara positif agar karyawan tersebut dapat menjalankan pekerjaannya dan karyawan yang termotivasi akan menghasilkan pekerjaan yang memiliki kualitas yang tinggi (Gibson et al, 2008:185).

Motivasi dapat diumpamakan sebagai suatu kekuatan (energi) dari seseorang yang dapat menimbulkan tingkat persistensi dan entusiasmenya dalam melaksanakan suatu kegiatan atau pekerjaan, baik yang bersumber dari dalam diri individu itu sendiri (motivasi intrinsik) maupun dari luar individu (motivasi ekstrinsik). Semakin kuat motivasi yang dimiliki individu akan semakin banyak menentukan terhadap kualitas perilaku yang ditampilkannya, baik dalam konteks belajar maupun dalam bekerja (Sudrajat, 2009).

5. Belajar

Variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian, dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit untuk diukur, juga menyatakan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya dan keterampilan berbeda satu dengan yang lainnya (Dewi, 2014)

c. Variabel organisasi

1. Sumber Daya

Sumber daya manusia menurut Flipppo (1994) dalam Rachmawati (2008:3) merupakan perencanaan, sosialisasi dan supervisi agar tercapai berbagai tujuan organisasi dan masyarakat. Sumber daya manusia mempengaruhi efisiensi dan efektivitas organisasi, yaitu merancang dan memproduksi barang dan jasa, mengawasi kualitas, memasarkan produk, mengalokasi sumber daya finansial, serta menentukan seluruh tujuan dan strategi organisasi.

2. Kepemimpinan

Kepemimpinan dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk mempengaruhi suatu kelompok (Gibson *et al*, 2008:301). Upaya mempengaruhi harus dilakukan untuk menumbuhkan kesadaran dari dalam diri anggota organisasi terhadap tugas dan tanggung jawabnya dalam melaksanakan pekerjaan/kegiatan yang akan memberi manfaat bagi dirinya sendiri dan organisasi.

3. Kompensasi (imbalan)

Sasaran utama program imbalan adalah menarik yang berkualifikasi untuk bergabung dengan organisasi, mempertahankan karyawan untuk tetap bekerja, dan memotivasi karyawan untuk mencapai prestasi tinggi. Diharapkan bahwa setiap paket imbalan sebaiknya cukup memuaskan kebutuhan dasar (seperti makanan, tempat tinggal, pakaian), dipandang wajar, dan berorientasi pada individu (Gibson *et al*, 2008:301).

4. Struktur

Gibson *et al* (2008:301) menyatakan bahwa struktur organisasi merupakan pola formal kegiatan dan hubungan di antara berbagai sub-unit dalam sebuah organisasi. Fungsi struktur dalam sebuah organisasi adalah memberikan informasi kepada seluruh manusia yang menjadi anggotanya untuk mengetahui kegiatan atau pekerjaan yang harus ia kerjakan, berkonsultasi atau bertanggung jawab kepada siapa, sehingga proses kerjasama menuju pencapaian tujuan organisasi dapat terwujud.

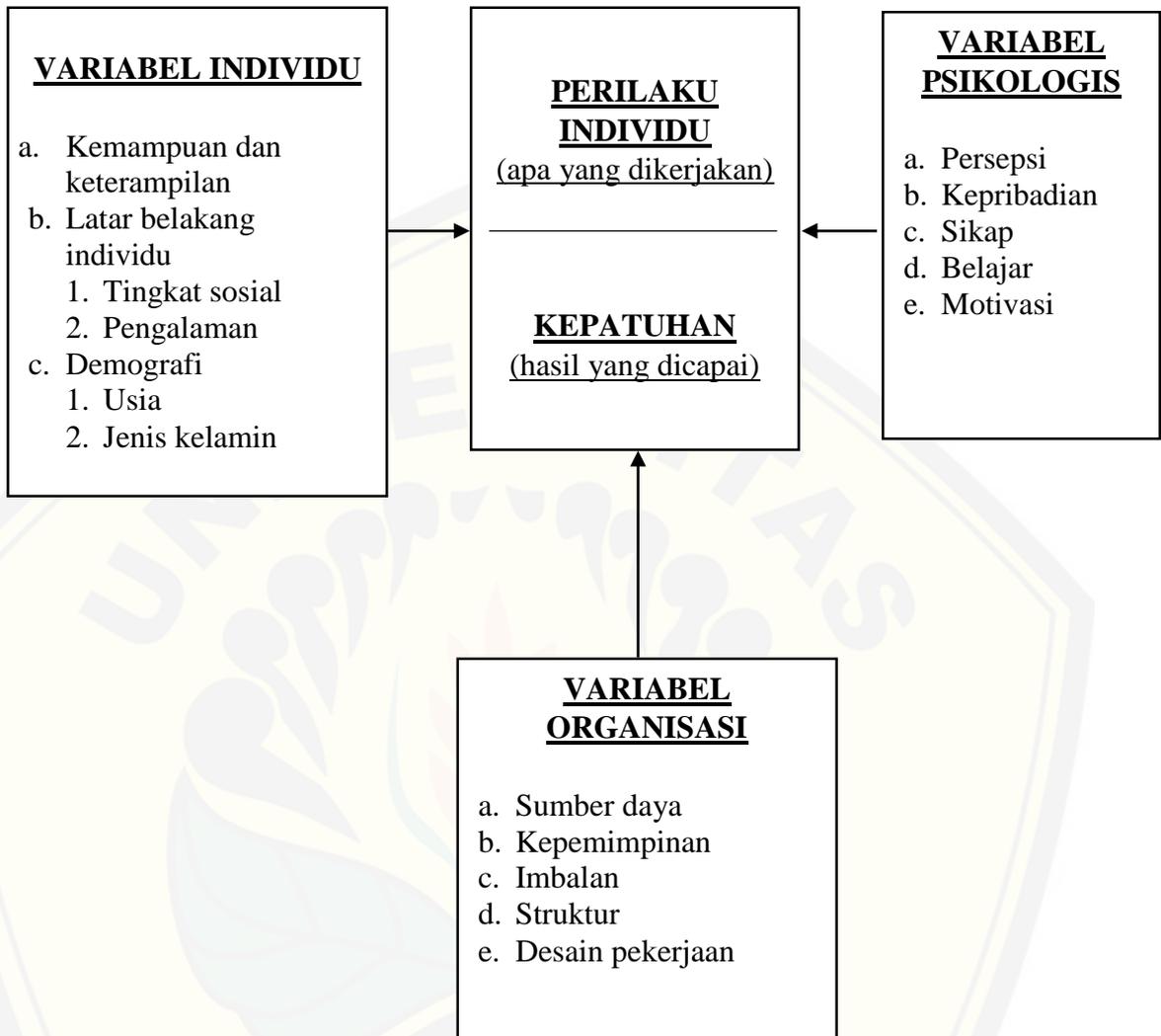
5. Desain pekerjaan

Handoko (1996) dalam Subekhi dan Jauhar (2012:115) menjelaskan desain pekerjaan adalah fungsi penetapan kegiatan-kegiatan kerja seorang individu atau kelompok karyawan secara organisasional. Tujuannya adalah untuk mengatur pengawasan-pengawasan kerja yang memenuhi kebutuhan-kebutuhan organisasi, teknologi dan keperilakuan.

Desain pekerjaan adalah hasil dari analisis pekerjaan (*job analysis*) yang ditandai oleh 3 (tiga) karakteristik (Subekhi dan Jauhar, 2012:117) yaitu:

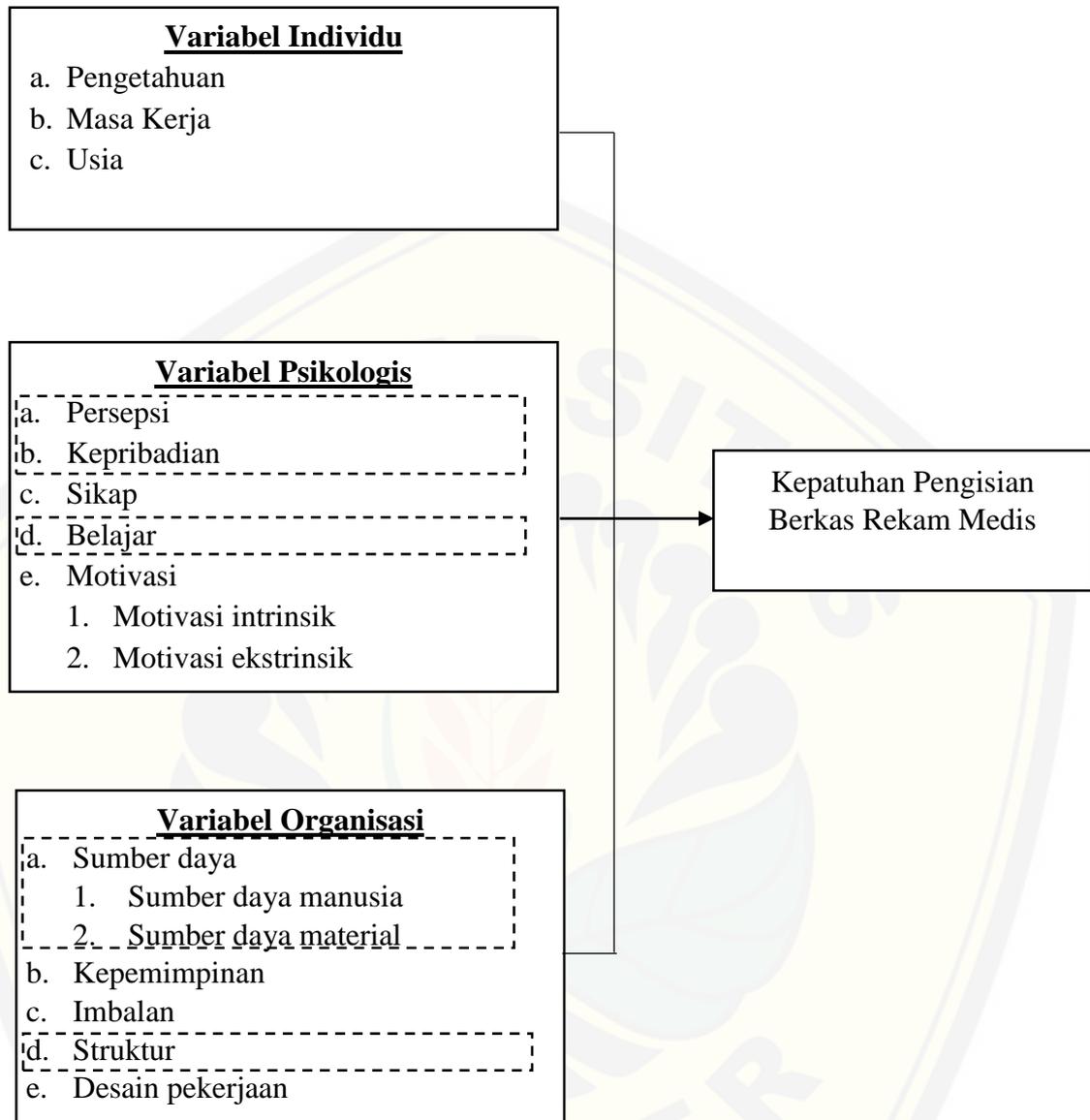
- a) *Job range*: jumlah tugas seseorang diharapkan dapat dilaksanakan ketika melaksanakan pekerjaan. Semakin banyak tugas yang diperlukan, semakin besar lingkup (*range*) pekerjaannya.
- b) *Job depth*: derajat pengaruh setiap individu untuk memilih bagaimana pekerjaan akan dilakukan.
- c) *Job relationship*: hubungan interpersonal yang diperlukan atau kemungkinan dibuat terhadap pekerjaan

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Teori Gibson dalam Gibson (2008:124) Organisasi, Perilaku, dan Struktur Proses

2.6 Kerangka Konsep

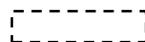


Gambar 2.2 Kerangka Konsep diadaptasi dari Teori Gibson dalam Gibson (2008:124)

Keterangan:



: diteliti



: tidak diteliti

Kerangka konsep ini menggunakan teori Gibson yang menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kepatuhan terdiri dari 3 faktor yaitu faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi. Faktor individu terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang individu, dan demografi. Faktor psikologis terdiri dari persepsi, kepribadian, sikap, belajar, dan motivasi. Faktor organisasi terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain kerja. Pada faktor individu, penelitian ini akan fokus pada: pengetahuan, lama kerja, dan usia. Peneliti tidak fokus pada etnis karena mempertimbangkan informasi pribadi responden. Faktor keterampilan tidak diteliti karena peneliti lebih fokus pada penilaian kepatuhan di mana akan dinilai dengan indikator perilaku pengisian dan kelengkapan berkas rekam medis. Pada faktor psikologis, penelitian ini akan fokus pada sikap dan motivasi (intrinsik dan ekstrinsik). Peneliti tidak fokus pada kepribadian dan pola belajar karena mempertimbangkan waktu pengambilan data yang singkat mengingat bahwa penilaian kepribadian dan pola belajar memiliki poin-poin mendetail dan bersifat pribadi. Pada faktor organisasi, penelitian akan fokus pada kepemimpinan, imbalan, dan desain kerja. Peneliti tidak meneliti faktor sumber daya dan struktur karena penelitian ini akan berfokus pada faktor budaya organisasi rumah sakit.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (*independent*) tanpa membuat perbandingan, atau menghubungkan dengan variabel yang lain. (Sugiyono, 2012: 13-14). Penelitian deskriptif ini digunakan untuk menggambarkan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat Jember yang meliputi faktor individu (pengetahuan, usia, dan masa kerja), faktor psikologis (sikap dan motivasi), dan faktor organisasi (kepemimpinan, imbalan, dan desain kerja) yang dilakukan oleh petugas medis di instalasi rawat jalan RSD Kalisat Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di kelas II dan III Instalasi Rawat Inap RSD Kalisat Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2017 – Februari 2018.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2015:80). Populasi dalam penelitian ini adalah dokter dan perawat di kelas II dan III Instalasi Rawat Inap RSD Kalisat Jember. Jumlah populasi dalam penelitian ini sudah diketahui berdasarkan data jumlah dokter dan perawat di kelas II dan III Instalasi Rawat Inap tahun 2017 RSD Kalisat Jember adalah 47 orang dengan rincian 6 dokter dan 41 perawat.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tertentu (Sugiyono, 2015:81). Sampel dalam penelitian ini adalah dokter dan perawat di kelas II dan III Instalasi Rawat Inap tahun 2017 RSD Kalisat Jember sebanyak 47 orang.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel (*sampling*) adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan objek penelitian (Nursalam, 2008:32). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan jumlah sampel dan populasi yang sama (Sugiyono, 2015:88). Alasan mengambil *total sampling* karena jumlah populasi kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya.

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2010:109). Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan, usia, masa kerja, sikap, motivasi, kepemimpinan, imbalan, desain kerja, dan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis.

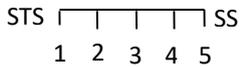
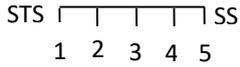
3.4.2 Definisi Operasional

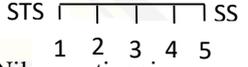
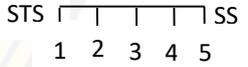
Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti, atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur suatu konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2009:110). Definisi operasional dari variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Cara Pengambilan Data, Kriteria Penilaian, dan Skala Data

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengambilan Data	Kriteria Penilaian
1.	Faktor Individu	Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis yang berasal dari individu responden		
	a. Pengetahuan	Tingkat penguasaan dari segi pengetahuan responden terkait rekam medis.	Wawancara dengan kuesioner	<p>Pengetahuan responden diukur masing-masing dengan:</p> <p>a) 5 pernyataan positif (nomor 1-3, 5, 8) Nilai A = 1 Nilai B = 0</p> <p>b) 4 pernyataan negatif (nomor 4, 6, 7, 9) Nilai A = 0 Nilai B = 1</p> <p>dengan kriteria penentuan skor pada setiap pertanyaan, yaitu: Nilai tertinggi=9 Nilai terendah=0 Jumlah pengkategorian = 3 Lebar interval = $9/3 = 3$</p> <p>Kriteria:</p> <p>a) Baik, dengan nilai 7 – 9 b) Kurang baik, 4 – 6 c) Tidak baik , 0 – 3</p>
	b. Masa Kerja	Lama kerja responden pada posisi/kedudukan yang ditempati saat ini	Wawancara dengan kuesioner	<p>a. Baru, < 5 tahun b. Cukup lama, 5 – 10 tahun c. Lama, > 10 tahun</p>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengambilan Data	Kriteria Penilaian
				(Lihawa <i>et al</i> , 2016)
	c. Umur	Karakteristik responden yang menunjukkan rentang kehidupan dalam tahun.	Wawancara dengan kuesioner	a. Remaja akhir, < 25 tahun b. Dewasa awal 25 – ≤ 40 tahun c. Dewasa akhir < 40 tahun (Lihawa <i>et al</i> , 2016)
2.	Faktor Psikologis	Variabel yang berhubungan dengan kepatuhan pengisian rekam medis yang berasal dari psikis responden untuk menunjang pekerjaan masing-masing lebih baik dan mencapai tujuan organisasi yang diinginkan		
	a. Sikap	Penilaian responden berkaitan dengan kinerjanya saat ini.	Wawancara dengan kuesioner	Sikap bagi responden diukur dengan 6 pernyataan. Penilaian dilakukan dengan rating <i>scale</i> yaitu:
				STS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SS 1 2 3 4 5 Nilai tertinggi = $6 \times 5 = 30$ Nilai terendah = $6 \times 1 = 6$ Interval = $24/4 = 6$ Kriteria: a. Baik (22 – 30) b. Kurang baik (14 – 21) c. Tidak baik (6 – 13)
	b. Motivasi	Penilaian responden akan keinginan diri terkait pengisian berkas rekam medis yang mendorong dan menguraikan kekuatan	Wawancara dengan kuesioner	Motivasi bagi responden di ukur masing-masing dengan 14 pernyataan. Penilaian

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengambilan Data	Kriteria Penilaian
		yang ada dalam diri petugas dan mengarahkan perilaku serta berhubungan dengan kinerja petugas dimana dorongan tersebut terbagi menjadi:		dilakukan dengan rating <i>scale</i> yaitu: STS  1 2 3 4 5 Nilai tertinggi = $14 \times 5 = 70$ Nilai terendah = $14 \times 1 = 14$ Interval = $56/3 = 19$ Kriteria: a. Baik (52 – 70) b. Kurang baik (33 – 51) c. Tidak baik (14 – 32)
3.	Faktor organisasi	Variabel organisasi dalam penelitian ini untuk mengetahui pandangan petugas dalam hal awal perencanaan suatu organisasi sampai perjalanan organisasi yang berujung pada akhir pencapaian organisasi.		
a.	Kepemimpinan	Penilaian responden terhadap kepemimpinan di rumah sakit serta tanggapan petugas terhadap pemimpin	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Kepemimpinan bagi responden diukur dengan 6 pernyataan. Penilaian dilakukan dengan rating <i>scale</i> yaitu: STS  1 2 3 4 5 Nilai tertinggi = $6 \times 5 = 30$ Nilai terendah = $6 \times 1 = 6$ Interval = $24/3 = 8$

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengambilan Data	Kriteria Penilaian
				Kriteria: a. Baik (22 – 30) b. Kurang baik (14 – 21) c. Tidak baik (6 – 13)
b.	Imbalan	Penilaian responden mengenai imbalan yang diberikan pimpinan atas kinerja berupa jabatan atau upah secara langsung/tidak langsung	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Imbalan bagi dokter dan perawat diukur dengan 6 pernyataan. Penilaian dilakukan dengan rating <i>scale</i> yaitu: STS  1 2 3 4 5 Nilai tertinggi = $6 \times 5 = 30$ Nilai terendah = $6 \times 1 = 6$ Interval = $24/3 = 8$ Kriteria: a. Baik (22 – 30) b. Kurang baik (14 – 21) c. Tidak baik (6 – 13)
c.	Desain kerja	Penilaian responden terhadap suatu program yang harus dikerjakan pada setiap karyawan sesuai dengan porsi dan kedudukan yang didapatkan	Wawancara dengan kuesioner	Desain kerja bagi responden diukur dengan 6 pernyataan. Penilaian dilakukan dengan rating <i>scale</i> yaitu: STS  1 2 3 4 5 Nilai tertinggi = $6 \times 5 = 30$ Nilai terendah = $6 \times 1 = 6$ Interval = $24/3 = 8$ Kriteria: a. Baik (22 – 30) b. Kurang baik (14 – 21) c. Tidak baik (6 – 13)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengambilan Data	Kriteria Penilaian
4.	Kepatuhan pengisian berkas rekam medis	Kesesuaian perilaku pengisian berkas rekam medis terkait tingkat kepatuhan responden dalam melaksanakan tupoksi dalam pengisian rekam medis	Pengamatan menggunakan lembar observasi	Perilaku tenaga dokter dan perawat diukur menggunakan lembar observasi 7 pernyataan, dengan kriteria penilaian: <ul style="list-style-type: none"> a. Ya dilakukan (nilai 5) b. Tidak dilakukan (nilai 1) <p> Nilai tertinggi = $5 \times 7 = 35$ Nilai terendah = $5 \times 1 = 5$ Interval = $30/3 = 10$ </p> Kriteria: <ul style="list-style-type: none"> a. Sangat patuh (25 – 35) b. Kurang patuh (15 – 24) c. Tidak patuh (5 – 14)

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2015:137). Data primer diperoleh melalui wawancara dengan responden mengenai karakteristik petugas medis yang terdiri dari variabel individu, variabel psikologis, dan variabel organisasi. Observasi mengenai kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber tidak langsung yang memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2015:137). Data sekunder yang digunakan dalam

penelitian ini adalah data hasil dokumentasi dan observasi berkas rekam medis RSD Kalisat Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono, 2015:224). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dimana pewawancara (peneliti atau yang diberi tugas melakukan pengumpulan data) dalam mengumpulkan data mengajukan suatu pertanyaan kepada yang diwawancarai (Sugiyono, 2015:224). Wawancara yang digunakan dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung kepada responden untuk memperoleh data mengenai variabel individu (meliputi kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografi), variabel psikologis (persepsi, sikap, dan motivasi), dan variabel organisasi (kepemimpinan, imbalan, dan desain pekerjaan).

b. Dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan peristiwa yang sudah terjadi (Sugiyono, 2015:225). Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data mengenai kelengkapan berkas rekam medis di RSD Kalisat Jember selama penelitian berlangsung, diambil acak 5 berkas dari setiap ruangan untuk dianalisis kelengkapannya.

c. Observasi

Observasi merupakan suatu proses yang kompleks yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis (Sugiyono, 2015:145). Observasi dilakukan jika penelitian berkenaan dengan perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan bila responden tidak terlalu besar. Alasan peneliti melakukan observasi untuk

menyajikan gambaran realistis perilaku manusia dan evaluasi yaitu untuk melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu lalu melakukan umpan balik terhadap pengukuran tersebut (Bungin, 2017:115). Pada penelitian ini observasi dilakukan untuk mengetahui perilaku kepatuhan dan kelengkapan berkas rekam medis saat melakukan pelayanan di instalasi rawat inap.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010:87). Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah lembar kuesioner (daftar pertanyaan). Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2015:142). Penelitian ini menggunakan modifikasi kuesioner dari Dewi (2014) dan Wigesti (2012). Instrumen lembar observasi dan dokumentasi berdasarkan Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang Rekam medis.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data adalah kegiatan lanjutan setelah pengumpulan data dilaksanakan. Pada penelitian kuantitatif, pengolahan data secara umum dilaksanakan melalui beberapa tahap, antara lain (Bungin, 2017:117):

a. Pemeriksaan (*editing*)

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai mengumpulkan data di lapangan. Kegiatan ini menjadi penting karena kenyataannya bahwa data yang terhimpun seringkali belum memenuhi harapan peneliti, ada diantaranya kurang atau terlewatkan, tumpang tindih, berlebih atau bahkan terlupakan. Oleh karena itu, keadaan tersebut harus diperbaiki melalui *editing* ini. Apabila peneliti selesai menghimpun data di lapangan kemudian ditemukan adanya data yang masih kurang atau terlewatkan maka peneliti akan segera melengkapi data tersebut dengan cara menghubungi atau mendatangi ulang responden.

b. Pemberian nilai (*scoring*)

Scoring merupakan langkah-langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuesioner dan lembar observasi. Skor jawaban dimulai dari jawaban yang tertinggi sampai jawaban terendah kemudian dijumlah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variabel.

c. Tabulasi

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya. Langkah ini dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam menjumlah skor dari jawaban-jawaban responden secara bersama-sama dalam bentuk tabel.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yakni penyajian dalam bentuk teks (*tekstular*), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik (Notoatmodjo, 2010). Teknik penyajian dalam penelitian ini menggunakan teknik teks (*tekstular*), bentuk tabel, dan diagram *Scatter*.

3.7.3 Analisis Data

Teknik analisis data dimaksudkan untuk mencari jawaban atas pertanyaan penelitian atau tentang permasalahan yang telah dirumuskan sebelumnya. Menurut Bogdan dalam Sugiyono (2012: 244), analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil angket, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Data yang telah diperoleh dengan wawancara berdasarkan kuesioner dan observasi berdasarkan lembar observasi ditunjukkan dalam bentuk tabel dan dianalisis secara deskriptif. Untuk menggambarkan pola korelasi antar variable digunakan diagram *scatter*.

3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

3.8.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu pengukuran yang mengacu pada proses, yaitu pengukuran yang benar-benar bebas dari kesalahan sistematis dan kesalahan random. Pengukuran yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data (mengukur) itu valid. Valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Pada penelitian ini, digunakan validitas *Pearson* berdasarkan rumus korelasi *Product Moment* (Notoatmodjo, 2010:164-165). Adapun kriteria pengujiannya adalah $r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ maka instrumen tidak valid sedangkan apabila $r_{\text{hitung}} \geq r_{\text{tabel}}$ instrumen valid. Nilai r_{hitung} dapat diperoleh berdasarkan rumus sebagai berikut:

$$r = \frac{n \sum X_i Y_i - (\sum X_i)(\sum Y_i)}{\sqrt{n \sum X_i^2 - (\sum X_i)^2} \cdot \sqrt{n \sum Y_i^2 - (\sum Y_i)^2}}$$

Keterangan:

- r = koefisien korelasi
- X = variabel bebas
- Y = variabel terikat
- n = jumlah variabel

Pada hasil uji coba validitas yang dilakukan pada 15 orang dengan karakteristik sama dengan sampel penelitian diperoleh nilai $r_{\text{hitung}} > 0,553$ (dengan $n = 15$ dan $\alpha = 0,05$). Berdasarkan hal tersebut maka ditemukan hasil sebagai berikut: variabel pengetahuan diperoleh dari 12 soal, 9 soal yang valid dan 3 soal yang tidak valid; variabel sikap diperoleh dari 6 soal, 5 soal yang valid dan 1 soal yang tidak valid; variabel motivasi intrinsik diperoleh dari 7 soal, 6 soal valid dan 1 soal tidak valid; variabel motivasi ekstrinsik diperoleh dari 9 soal, 8 soal valid dan 1 soal tidak valid; variabel imbalan, kepemimpinan, dan desain kerja diperoleh semua soal valid. Berdasarkan hasil tersebut ditemukan 3 soal tidak valid, sehingga dihapus dari daftar pertanyaan.

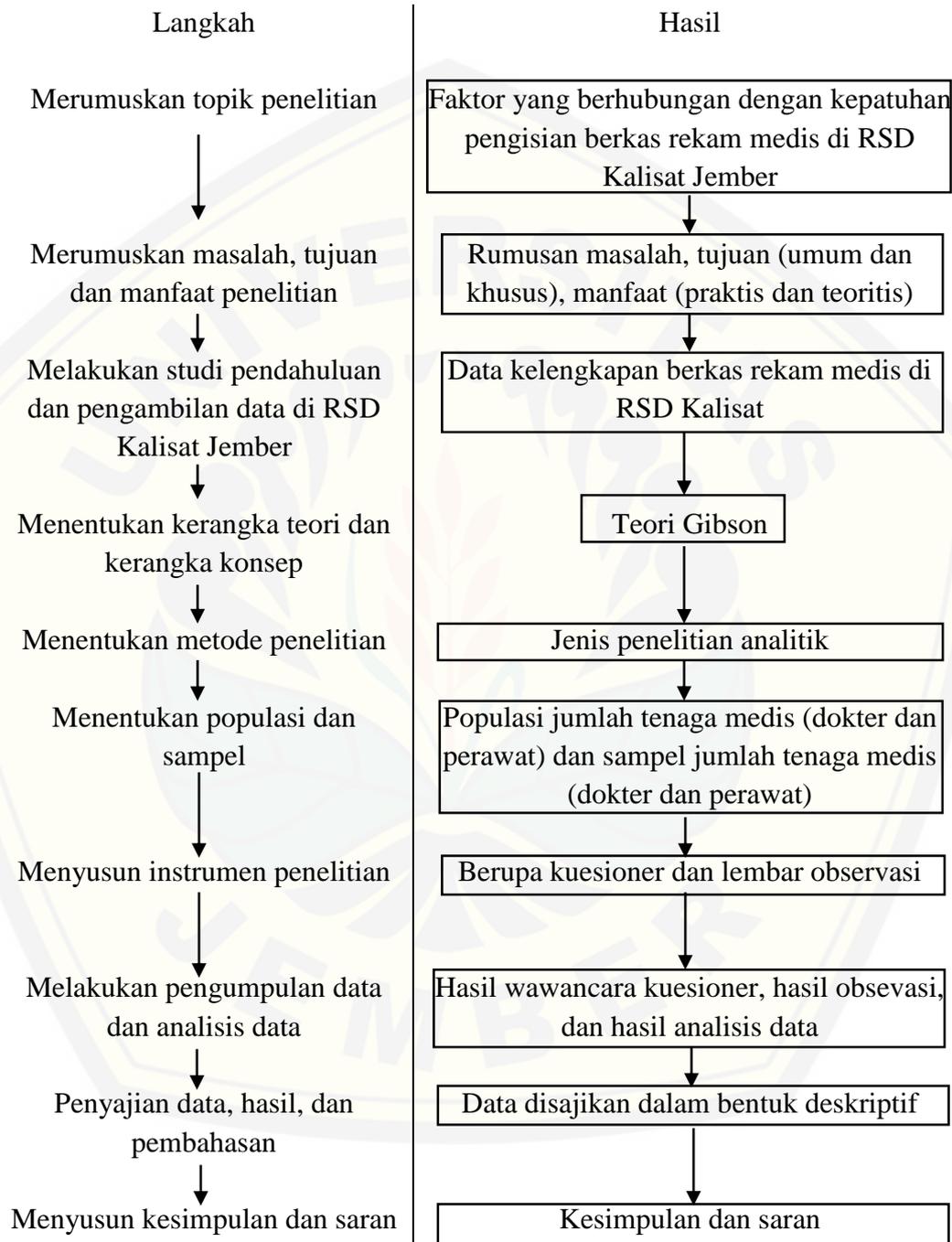
3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas (*ajeg*) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010). Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan program SPSS dengan uji statistik *Cronbach Alpha*. Suatu konstruk dinyatakan reliabel jika nilai *Cronbach Alpha* $>$ r tabel.

Pada hasil uji reliabilitas yang dilakukan terhadap 15 orang dengan karakteristik sama dengan sampel penelitian, diperoleh nilai *Alpha* berada pada interval 0,60 – 0,80 sehingga dikatakan reliabel atau kuesioner dapat dipercaya.

3.9 Alur Penelitian

Alur penelitian dalam penelitian faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat Jember sebagai berikut:



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang diulas, maka dapat diambil kesimpulan yaitu:

- a. Mayoritas responden memiliki pengetahuan baik tentang rekam medis, lebih banyak responden yang bekerja di RSD Kalisat cukup lama 5 – 10 tahun , dan mayoritas responden bekerja di RSD Kalisat pada usia dewasa awal $25 \leq 40$ tahun.
- b. Mayoritas responden memiliki sikap baik terhadap pengisian rekam medis di RSD Kalisat dan mayoritas responden memiliki motivasi baik terhadap pengisian rekam medis.
- c. Mayoritas responden menganggap kepemimpinan di RSD Kalisat terkait pengisian berkas rekam medis sudah baik, mayoritas responden menganggap bahwa imbalan di RSD Kalisat baik dan lebih banyak responden menganggap desain kerja di RSD Kalisat kurang baik.
- d. Sebagian besar responden patuh terhadap pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat dan ketidaklengkapan berkas rekam medis terjadi pada poin identitas pasien, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, persetujuan tindakan, dan ringkasan pulang.
- e. Pola data menunjukkan hubungan erat antara pengetahuan dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis. Pola data menunjukkan hubungan yang rendah antara masa kerja dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis. Pola data menunjukkan hubungan yang rendah antara umur dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis.
- f. Pola data menunjukkan hubungan erat antara sikap dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat. Pola data menunjukkan hubungan erat motivasi dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis.
- g. Pola data menunjukkan hubungan erat antara kepemimpinan dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis di RSD Kalisat. Pola data menunjukkan hubungan erat antara imbalan dengan kepatuhan pengisian

berkas rekam medis. Pola data menunjukkan hubungan yang rendah antara desain kerja dengan kepatuhan pengisian berkas rekam medis.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang diulas, maka dapat diberikan saran-saran yang dapat membantu untuk meningkatkan kepatuhan dalam pengisian berkas rekam medis, yaitu:

- a. Pihak unit rekam medis RSD Kalisat Jember hendaknya melakukan upaya peningkatan pengetahuan terkait rekam medis pada dokter dan perawat, dapat berupa sosialisasi maupun pelatihan tentang rekam medis terutama pada dokter dan perawat baru sehingga baik karyawan baru mau lama memiliki pengetahuan dan pemahaman yang sama terkait rekam medis.
- b. Pihak RSD Kalisat hendaknya menegakkan SPO terkait dengan prosedur alur rekam medis di instalasi rawat inap agar baik dokter maupun perawat mempunyai pemahaman yang sama terkait rekam medis di rawat inap.
- c. Pengawasan secara rutin mengenai rekam medis perlu dilakukan untuk mengevaluasi kepatuhan pengisian berkas rekam medis. Pengawasan ini dapat pula diutamakan pada supervisi terhadap pegawai baru sehingga baik pegawai baru maupun lama memiliki pemahaman dan motivasi yang baik. Pengawasan ini dapat diimbangi dengan kompensasi yang tepat sesuai dengan beban kerja yang dilakukan karyawan. Evaluasi kesesuaian beban kerja dengan desain kerja perlu dilakukan untuk meningkatkan kinerja karyawan.
- d. Bagi penelitian selanjutnya hendaknya meneliti lebih dalam terkait kepatuhan dokter dalam pengisian resume medis sebagai salah satu indikator penilaian akreditasi rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Bungin, Burham. 2017. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga
- Dewi, Marlina. 2010. Analisis Kepatuhan Petugas terhadap Prosedur Mutu Laboratorium Sesuai ISO 17025:2005 di Balai Teknik Kesehatan Lingkungan Palembang tahun 2010. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Dewi, Rianina Yulistya. 2014. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas terhadap Pelaksanaan Protap (Prosedur Tetap) Rekam Medik di Rawat Inap Rumah Sakit Perkebunan (Jember Klinik). *Skripsi*. Jember: Universitas Jember Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Gibson, James L, Ivancevich, John M., Donnelly, James H. 2008. *Perilaku, Organisasi, dan Struktur Proses Terjemahan Jilid 2*. 2008. Jakarta: Erlangga.
- Giyana, Frenti. 2012. Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, Volume 1, Nomor 2, Tahun 2012, Halaman 48-61*. Semarang: Universitas Diponegoro Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Hanafiah, M. Jusuf; Amir, Amri. 2007. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Indar, Irmawati; Indar; dan Naiem, M. Furqaan. 2013. Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Rekam Medis di RSUD H. Padjongo DG. Ngalle Takalar. *Jurnal Administrasi & Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2013; 2(2);10-18. Makassar: Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Ismaniar, Hetty. 2014. *Administrasi Kesehatan Masyarakat: bagi Perekam Medis dan Informatika Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish

- Istirochah. 2016. Analisis Kepatuhan Dokter dalam Mengisi Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Boyolali. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta Fakultas Manajemen.
- Junaidi, Mohammad. 2015. Pengaruh Faktor Obligation dan Voluntary terhadap Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya. *Tesis*. Surabaya: Universitas Airlangga Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2006. *Manual Rekam Medis*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Lihawa, Cicilia; Mansur, Muhammad; S, Tri Wahyu. 2015. Faktor-faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Dokter di Ruang Rawat Inap RSI Unisma Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, Suplemen No. 2, 2015*. Malang: Universitas Brawijaya Fakultas Pascasarjana Kedokteran
- Lihawa, Cicilia; Noermijati; Al Rasyid, Harun. 2016. Pengaruh Motivasi Kerja terhadap Kinerja Dokter dalam Kelengkapan Pengisian Rekam Medis dengan di Moderasi Karakteristik Individu (Studi di Rumah Sakit Islam Unisma Malang). *Jurnal Aplikasi Manajemen (JAM) Vol 14 No 2*. Malang: Universitas Brawijaya Fakultas Pascasarjana Kedokteran Program Manajemen Rumah Sakit
- Lubis, Elynar. 2009. Pengaruh Karakteristik Individu dan Motivasi Intrinsik terhadap Kinerja Dokter dalam Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit PT Perkebunan Nusantara IV (PERSERO) Tahun 2008. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara Pascasarjana.
- Mathis, Robert L dan Jackson. 2011. *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi 9*. Jakarta: Salemba Empat.
- Menteri Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta: Menkes RI.
- Menteri Kesehatan RI. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Menkes RI.
- Menteri Kesehatan RI. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Menkes RI.

- Menteri Kesehatan RI. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 147/Menkes/Per/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta: Menkes RI
- Muninjaya, A.A. Gde. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Nazir, Moh. 2009. *Metode Penelitian*. Bandung: Ghalia Indonesia.
- Niven. 2008. *Psikologi Kesehatan: Pengantar untuk Perawat dan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Sukidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhaidah; Harijanto, Tatong; Djauhari, Thontowi. 2016. Faktor-faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya Vol. 29, Suplemen No. 3, 2016, pp. 258-264*. Malang: Universitas Brawijaya Pascasarjana Kedokteran.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pohan, Imbalo S. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Pranoto. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Yogyakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Pratiwi, Yulia Dirgantari. 2009. Analisis Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Rawat Inap RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2008-2009. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Presiden Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Rachmawati, Ike Kusdyah. 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Andi.
- Ridho, Khasib Mabur; Rosa, Elsy Maria; Suparniati, Endang. 2012. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengisian Rekam Medis di

- Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Vol 2, No 2 (2013)*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Fakultas Kedokteran Gigi
- Rochmah, Miftakhul; Supriyanto, Stefanus. 2014. Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Kelengkapan Pengisian Informed Consent. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 2 Nomor 2 April-Juni 2014*. Surabaya: Universitas Airlangga Fakultas Kesehatan Masyarakat
- Robbins, P. Stephen; Judge, A. Timothy. 2016. *Perilaku Organisasi (Edisi 16)*. Jakarta: Salemba Empat
- Rustiyanto, Ery. 2009. *Etika Profesi Perkam Medis & Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Subekhi, Akhmad dan Jauhar, Muhammad. 2012. *Pengantar Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM)*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Sudrajat, Akhmad. 2008. Teori-Teori Motivasi Artikel Pendidikan. [Serial Online] <http://akhmadsudrajat.woedpress.com/20008/02/06/teori-teori-motivasi> (diakses 2 Oktober 2017).
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Supriyanto, S.; Ernawaty. 2010. *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Tayibu, Afrina Lestari. 2011. Hubungan Desain Pekerjaan dan Imbalan dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Haji Makassar. *Skripsi*. Makassar: Universitas Islam Negeri Makassar Fakultas Ilmu Kesehatan.
- Triwibowo, Cecep. 2013. *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Winarti, Stefanu Supriyanto. 2013. Analisis Kelengkapan Pengisian dan Pengembalian Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 1 Nomor 4 September-Desember 2013 halaman 345-351*. Surabaya: Universitas Airlangga Fakultas Kesehatan Masyarakat

LAMPIRAN A. *Informed Consent*

Judul : Analisis Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat Jember.

LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

No. Telepon :

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari:

Nama : Dinnya Yesica Tandy

NIM : 152110101217

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : “Analisis Kepatuhan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Daerah (RSD) Kalisat Jember”

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko dan dampak apapun terhadap subjek (responden) penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuesioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur.

Jember,

Responden

(.....)

Lampiran B. Kuesioner

KUESIONER

LATAR BELAKANG INDIVIDU DAN DEMOGRAFI

1. Nama : (inisial)
2. Usia (X₁) : tahun
3. Jenis kelamin : perempuan laki-laki
4. Pendidikan terakhir :
5. Lama kerja (X₂) : bulan tahun (di RS sekarang)
6. Status kepegawaian : PNS / honorer
7. Pengalaman kerja sebelum di rumah sakit saat ini, sebutkan
 - a. Sebagai.....di.....tahun.....
 - b. Sebagai.....di.....tahun.....
 - c. Sebagai.....di.....tahun.....
8. Pengalaman pelatihan yang mendukung tugas pokok dan fungsi baik di RS maupun di luar
 - a. Tidak
 - b. Ya, sebutkan

PENGETAHUAN (X₃)

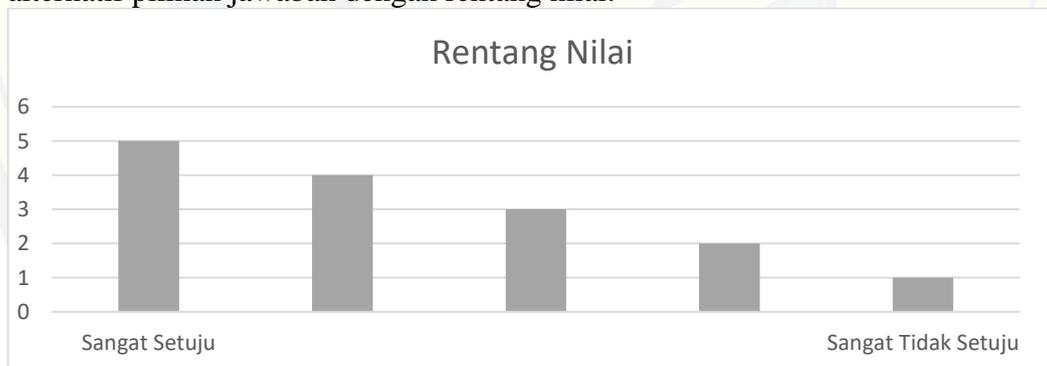
Pilihlah jawaban yang paling anda sanggup benar atas pernyataan yang dihasilkan (apabila anda menanggapi pernyataan tersebut benar maka pilih jawaban setuju dan apabila anda menganggap pernyataan tersebut salah maka pilih jawaban tidak setuju) dengan cara memberi tanda silang (x) pada jawaban yang disediakan.

No.	Pernyataan	Jawaban
1.	Pengertian rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain (yang diberikan) kepada pasien pada suatu sarana pelayanan kesehatan.	a. Setuju b. Tidak setuju
2.	Tujuan rekam medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan.	a. Setuju b. Tidak setuju
3.	Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek (administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dokumentasi)	a. Setuju b. Tidak setuju

4.	Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis, dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit, residens yang sedang melaksanakan praktik, tenaga paramedis perawatan dan paramedis non perawatan adalah tenaga-tenaga yang tidak berhak membuat rekam medis	a. Setuju b. Tidak setuju
5.	Manfaat pelaksanaan rekam medis bagi tenaga medis untuk mengetahui gambaran pelayanan yang diberikan kepada pasien.	a. Setuju b. Tidak setuju
6.	Standar waktu pengembalian berkas rekam medis pada bidang rekam medis 3 x 24 jam setelah selesai perawatan pasien (Menkes)	a. Setuju b. Tidak setuju
7.	Lembar pengkajian medis wajib diisi setelah pasien pulang	a. Setuju b. Tidak setuju
8.	Mencantumkan tujuan dan intervensi rencana tindakan yang dilakukan dalam rekam medis	a. Setuju b. Tidak setuju
9.	Wajib menyelesaikan berkas rekam medis minimal 2x24 jam setelah pasien pulang	a. Setuju b. Tidak setuju

Petunjuk Pengisian

Pilihlah satu jawaban yang tersedia yang menurut Bapak/Ibu/Saudara benar. Berilah tanda *checklist* (✓) pada salah satu pilihan jawaban, terdapat lima alternatif pilihan jawaban dengan rentang nilai:



SIKAP (X₄)

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban					Skor
		5	4	3	2	1	
1.	Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis						
2.	Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan						

3.	Rekam medis harus dikembalikan setelah pasien pulang						
4.	Batas waktu pengembalian rekam medis adalah 2x24 jam setelah pasien pulang						
5.	Tenaga medis wajib melengkapi rekam medis pasien setelah pasien pulang						
6.	Pengembalian rekam medis harus sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) rumah sakit yang ditetapkan						

MOTIVASI

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban					Skor
		5	4	3	2	1	
<u>Motivasi Intrinsik (X₅)</u>							
1.	Melakukan tupoksi secara efektif dan efisien						
2.	Sikap rekan kerja dalam pekerjaan						
3.	Penyelesaian pekerjaan secara baik dan tepat waktu						
4.	Pelatihan, pendidikan dan promosi untuk kenaikan						
5.	Kepuasan terhadap pelaksanaan pekerjaan						
6.	Keinginan tetap berada di unit kerja saat ini						
<u>Motivasi Ekstrinsik (X₆)</u>							
7.	Pemberian imbalan/insentif						
8.	Kenyamanan lingkungan kerja						
9.	Fasilitas yang mendukung pelaksanaan kerja						
10.	Dukungan dari seluruh unsur pimpinan dan staf						
11.	Pembagian tugas secara proporsional						
12.	Alur kerja sesuai pedoman						
13.	Pengawasan						

14.	Hubungan baik dengan rekan kerja						
-----	----------------------------------	--	--	--	--	--	--

KEPEMIMPINAN (X₇)

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban					Skor
		5	4	3	2	1	
1.	Koordinator rawat inap/rekam medis memberikan pengarahan tentang tupoksi secara spesifik						
2.	Koordinator rawat inap/rekam medis bersedia mendengar pendapat/saran dari pegawai						
3.	Komunikasi antara koordinator rawat inap/rekam medis dengan pegawai sangat baik						
4..	Koordinator rawat inap/rekam medis selalu mengevaluasi pekerjaan dan rekan kerja terkait rekam medis						
5.	Koordinator rawat inap/rekam medis selalu menjelaskan jika ada tugas baru pada pegawai						
6.	Harus bertanggung jawab penuh pada tugas yang diberikan oleh koordinator rawat inap/rekam medis terkait pengisian berkas rekam medis						

IMBALAN (X₈)

No	Pernyataan	Alternatif Jawaban					Skor
		5	4	3	2	1	
1.	Saya mendapat gaji yang layak sebagai seorang pegawai rumah sakit						
2.	Saya merasa jaminan/asuransi keamanan, ketenagaan, dan kecelakaan						

	kerja diperhatikan oleh pimpinan rumah sakit						
3.	Pimpinan memberi kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ilmu kedokteran dan teknologi mutakhir						
4.	Saya setiap tahun mendapatkan hak cuti tahunan						
5.	Saya mendapatkan penghargaan dari pimpinan dan pujian dari rekan kerja atas prestasi kerja saya yang baik						
6.	Saya diberikan kesempatan pimpinan untuk mengembangkan karir sebagai tenaga dokter profesional dan pelatihan						

DESAIN PEKERJAAN (X₉)

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban					Skor
		5	4	3	2	1	
1.	Beban pekerjaan yang diberikan rumah sakit sudah sesuai kemampuan						
2.	Jabatan saat ini menambah beban pekerjaan utama						
3.	Beban kerja yang diberikan sesuai kemampuan						
4.	Desain pekerjaan yang selama ini dibuat oleh pimpinan, telah disampaikan dengan baik						
5.	Fasilitas yang diberikan organisasi dalam mendukung pelaksanaan rancangan kerja sudah sangat membantu.						
6.	Latar belakang pendidikan dan keterampilan sudah sesuai dengan pekerjaan saat ini						

Lampiran C. Lembar Observasi dan Dokumentasi

Lembar Observasi Kepatuhan Dokter dalam Pengisian Berkas Rekam Medis
Keterangan (diisi oleh peneliti)

No.	Pernyataan	Jawaban		Skor
		Ya dilakukan	Tidak dilakukan	
1.	Menuliskan secara lengkap ringkasan masuk keluar pasien			
2.	Menuliskan <i>assesment</i> awal pasien secara lengkap			
3.	Menuliskan tanggal, waktu, hasil pemeriksaan, paraf, dan nama dokter pada lembar observasi			
4.	Menuliskan pencatatan diagnosis masalah kesehatan			
5.	Menuliskan tindakan atau pengobatan yang dilakukan pada pasien			
6.	Mengisi lembar resume medis dengan lengkap			
7.	Menyelesaikan berkas rekam medis secara lengkap setelah pasien pulang			

Lembar Observasi Kepatuhan Perawat dalam Pengisian Berkas Rekam Medis

No.	Pernyataan	Jawaban		Skor
		Ya dilakukan	Tidak dilakukan	
1.	Mengisi dengan lengkap lembaran pengkajian keperawatan			
2.	Tercantum nama pasien, nomor RM, tanggal pengkajian pada lembar RM			
3.	Menuliskan diagnosis keperawatan berdasarkan pengkajian data dalam RM			
4.	Menuliskan tujuan dan intervensi rencana keperawatan			
5.	Menuliskan nomor urut kegiatan, tanggal, pukul, nama serta paraf perawat pada RM			
6.	Mengisi dengan lengkap catatan keperawatan setiap pasien rawat inap			

7.	Menyerahkan berkas rekam medis sesuai batas waktu yang ditetapkan			
----	---	--	--	--

Lembar Dokumentasi Kelengkapan Berkas Rekam Medis Instalasi Rawat Inap

No.	Pernyataan	Jawaban		Skor
		Ya ditulis	Tidak ditulis	
1.	Identitas pasien			
2.	Tanggal dan waktu			
3.	Hasil anamnesis (minimal keluhan dan riwayat penyakit)			
4.	Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik (odontogram klinik untuk poli gigi)			
5.	Diagnosis			
6.	Rencana penatalaksanaan			
7.	Pengobatan dan/atau tindakan			
8.	Persetujuan tindakan			
9.	Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan			
10.	Ringkasan pulang (<i>discharge summary</i>)			
11.	Nama dan tanda tangan dokter			

Lampiran D. Uji Validitas Dan Reliabilitas

PENGETAHUAN

Correlations

	item_1	item_2	item_3	item_4	item_5	item_6	item_7	item_8	item_9	item_10	item_11	item_12	totalskor
item_1 Pearson Correlation	1	1,000**	-,071	-,071	-,071	-,071	,071	-,071	-,071	,071	-,071	,681**	,457
item_1 Sig. (2-tailed)		,000	,800	,800	,800	,800	,800	,800	,800	,800	,800	,005	,087
item_1 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_2 Pearson Correlation	1,000**	1	-,071	-,071	-,071	-,071	,071	-,071	-,071	,071	-,071	,681**	,457
item_2 Sig. (2-tailed)	,000		,800	,800	,800	,800	,800	,800	,800	,800	,800	,005	,087
item_2 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_3 Pearson Correlation	-,071	-,071	1	1,000**	-,071	1,000**	-1,000**	1,000**	1,000**	-1,000**	1,000**	,681**	,837**
item_3 Sig. (2-tailed)	,800	,800		,000	,800	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000
item_3 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_4 Pearson Correlation	-,071	-,071	1,000**	1	-,071	1,000**	-1,000**	1,000**	1,000**	-1,000**	1,000**	,681**	,837**
item_4 Sig. (2-tailed)	,800	,800	,000		,800	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000
item_4 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_5 Pearson Correlation	-,071	-,071	-,071	-,071	1	-,071	,071	-,071	-,071	,071	-,071	-,105	,076
item_5 Sig. (2-tailed)	,800	,800	,800	,800		,800	,800	,800	,800	,800	,800	,710	,787
item_5 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_6 Pearson Correlation	-,071	-,071	1,000**	1,000**	-,071	1	-1,000**	1,000**	1,000**	-1,000**	1,000**	,681**	,837**
item_6 Sig. (2-tailed)	,800	,800	,000	,000	,800		,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000
item_6 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_7 Pearson Correlation	,071	,071	-1,000**	-1,000**	,071	-1,000**	1	-1,000**	-1,000**	1,000**	-1,000**	-,681**	-,837**
item_7 Sig. (2-tailed)	,800	,800	,000	,000	,800	,000		,000	,000	,000	,000	,005	,000
item_7 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_8 Pearson Correlation	-,071	-,071	1,000**	1,000**	-,071	1,000**	-1,000**	1	1,000**	-1,000**	1,000**	,681**	,837**
item_8 Sig. (2-tailed)	,800	,800	,000	,000	,800	,000	,000		,000	,000	,000	,005	,000
item_8 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_9 Pearson Correlation	-,071	-,071	1,000**	1,000**	-,071	1,000**	-1,000**	1,000**	1	-1,000**	1,000**	,681**	,837**
item_9 Sig. (2-tailed)	,800	,800	,000	,000	,800	,000	,000	,000		,000	,000	,005	,000
item_9 N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

item_10	Pearson Correlation	,071	,071	-1,000**	-1,000**	,071	-1,000**	1,000**	-1,000**	-1,000**	1	-1,000**	-,681**	-,837**
	Sig. (2-tailed)	,800	,800	,000	,000	,800	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_11	Pearson Correlation	-,071	-,071	1,000**	1,000**	-,071	1,000**	-1,000**	1,000**	1,000**	-1,000**	1	,681**	,837**
	Sig. (2-tailed)	,800	,800	,000	,000	,800	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
item_12	Pearson Correlation	,681**	,681**	,681**	,681**	-,105	,681**	-,681**	,681**	,681**	-,681**	,681**	1	,949**
	Sig. (2-tailed)	,005	,005	,005	,005	,710	,005	,005	,005	,005	,005	,005	,005	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
totalskor	Pearson Correlation	,457	,457	,837**	,837**	,076	,837**	-,837**	,837**	,837**	-,837**	,837**	,949**	1
	Sig. (2-tailed)	,087	,087	,000	,000	,787	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,703	13

SIKAP**Correlations**

		ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	TOTAL SKOR
ITEM1	Pearson Correlation	1	-,052	,372	,269	,116	,106	-,340	,442
	Sig. (2-tailed)		,854	,172	,332	,681	,706	,215	,099
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM2	Pearson Correlation	-,052	1	,345	,368	,759**	,662**	-,040	,787**
	Sig. (2-tailed)	,854		,208	,177	,001	,007	,887	,001
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM3	Pearson Correlation	,372	,345	1	,422	,212	,712**	-,294	,686**
	Sig. (2-tailed)	,172	,208		,117	,448	,003	,288	,005
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM4	Pearson Correlation	,269	,368	,422	1	,040	,422	-,427	,529*
	Sig. (2-tailed)	,332	,177	,117		,888	,117	,113	,043
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM5	Pearson Correlation	,116	,759**	,212	,040	1	,448	-,050	,675**
	Sig. (2-tailed)	,681	,001	,448	,888		,094	,859	,006
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM6	Pearson Correlation	,106	,662**	,712**	,422	,448	1	-,294	,749**
	Sig. (2-tailed)	,706	,007	,003	,117	,094		,288	,001
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM7	Pearson Correlation	-,340	-,040	-,294	-,427	-,050	-,294	1	-,078
	Sig. (2-tailed)	,215	,887	,288	,113	,859	,288		,783
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
TOTALS KOR	Pearson Correlation	,442	,787**	,686**	,529*	,675**	,749**	-,078	1
	Sig. (2-tailed)	,099	,001	,005	,043	,006	,001	,783	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,760	7

MOTIVASI INTRINSIK**Correlations**

		item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	totalskor
item1	Pearson Correlation	1	,384	,412	,565*	,000	,510	,390	,693**
	Sig. (2-tailed)		,157	,127	,028	1,000	,052	,151	,004
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
item2	Pearson Correlation	,384	1	,650**	,020	,322	,360	,252	,657**
	Sig. (2-tailed)	,157		,009	,943	,242	,187	,365	,008
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
item3	Pearson Correlation	,412	,650**	1	,130	,331	,714**	,334	,790**
	Sig. (2-tailed)	,127	,009		,643	,228	,003	,223	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
item4	Pearson Correlation	,565*	,020	,130	1	,089	,342	,510	,557*
	Sig. (2-tailed)	,028	,943	,643		,752	,211	,052	,031
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
item5	Pearson Correlation	,000	,322	,331	,089	1	,264	-,046	,406
	Sig. (2-tailed)	1,000	,242	,228	,752		,342	,870	,133
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
item6	Pearson Correlation	,510	,360	,714**	,342	,264	1	,501	,811**
	Sig. (2-tailed)	,052	,187	,003	,211	,342		,057	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
item7	Pearson Correlation	,390	,252	,334	,510	-,046	,501	1	,669**
	Sig. (2-tailed)	,151	,365	,223	,052	,870	,057		,006
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
totalskor	Pearson Correlation	,693**	,657**	,790**	,557*	,406	,811**	,669**	1
	Sig. (2-tailed)	,004	,008	,000	,031	,133	,000	,006	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,763	8

MOTIVASI EKSTRINSIK

Correlations

		ITEM1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM5	ITEM 6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	totalsk or
ITEM1	Pearson Correlation	1	,686**	,784**	,349	,228	,408	,441	1,000**	,784**	,828**
	Sig. (2-tailed)		,005	,001	,203	,413	,131	,100	,000	,001	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM2	Pearson Correlation	,686**	1	,731**	,125	,269	,120	,183	,686**	,442	,626*
	Sig. (2-tailed)	,005		,002	,656	,333	,670	,515	,005	,099	,013
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM3	Pearson Correlation	,784**	,731**	1	,388	,000	,240	,250	,784**	,423	,649**
	Sig. (2-tailed)	,001	,002		,153	1,000	,389	,369	,001	,116	,009
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM4	Pearson Correlation	,349	,125	,388	1	,159	,569*	,524*	,349	,388	,632*
	Sig. (2-tailed)	,203	,656	,153		,571	,027	,045	,203	,153	,011
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM5	Pearson Correlation	,228	,269	,000	,159	1	,224	,269	,228	,269	,486
	Sig. (2-tailed)	,413	,333	1,000	,571		,423	,333	,413	,333	,066
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM6	Pearson Correlation	,408	,120	,240	,569*	,224	1	,721**	,408	,480	,724**
	Sig. (2-tailed)	,131	,670	,389	,027	,423		,002	,131	,070	,002
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM7	Pearson Correlation	,441	,183	,250	,524*	,269	,721*	1	,441	,538*	,742**
	Sig. (2-tailed)	,100	,515	,369	,045	,333	,002		,100	,038	,002
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM8	Pearson Correlation	1,000**	,686**	,784**	,349	,228	,408	,441	1	,784**	,828**
	Sig. (2-tailed)	,000	,005	,001	,203	,413	,131	,100		,001	,000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
ITEM9	Pearson Correlation	,784**	,442	,423	,388	,269	,480	,538*	,784**	1	,765**
	Sig. (2-tailed)	,001	,099	,116	,153	,333	,070	,038	,001		,001

N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Pearson											
Correlation	,828**	,626*	,649**	,632*	,486	,724*	,742**	,828**	,765**		1
Sig. (2-tailed)	,000	,013	,009	,011	,066	,002	,002	,000	,001		
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,760	10

KEPEMIMPINAN

Correlations

	ITEM 1	ITEM2	ITEM 3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	TOTALS KOR
ITEM1 Pearson Correlation	1	,282	,392	,356	,615*	,616*	,686**
ITEM1 Sig. (2-tailed)		,309	,148	,193	,015	,015	,005
ITEM1 N	15	15	15	15	15	15	15
ITEM2 Pearson Correlation	,282	1	,461	,580*	,337	,385	,681**
ITEM2 Sig. (2-tailed)	,309		,084	,024	,220	,156	,005
ITEM2 N	15	15	15	15	15	15	15
ITEM3 Pearson Correlation	,392	,461	1	,670**	,693**	,362	,837**
ITEM3 Sig. (2-tailed)	,148	,084		,006	,004	,185	,000
ITEM3 N	15	15	15	15	15	15	15
ITEM4 Pearson Correlation	,356	,580*	,670**	1	,664**	,634*	,758**
ITEM4 Sig. (2-tailed)	,193	,024	,006		,007	,011	,001
ITEM4 N	15	15	15	15	15	15	15
ITEM5 Pearson Correlation	,615*	,337	,693**	,664**	1	,536*	,767**
ITEM5 Sig. (2-tailed)	,015	,220	,004	,007		,039	,001
ITEM5 N	15	15	15	15	15	15	15
ITEM6 Pearson Correlation	,616*	,385	,362	,634*	,536*	1	,716**
ITEM6 Sig. (2-tailed)	,015	,156	,185	,011	,039		,003
ITEM6 N	15	15	15	15	15	15	15
TOTALS Pearson Correlation	,686**	,681**	,837**	,758**	,767**	,716**	1
LSKO Sig. (2-tailed)	,005	,005	,000	,001	,001	,003	
R N	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

	N	%
Valid	15	100,0
Cases Excluded ^a	0	,0
Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,760	7

IMBALAN**Correlations**

		ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	TOTALSKOR
	Pearson Correlation	1	,055	,384	,420	,187	,126	,561*
ITEM1	Sig. (2-tailed)		,847	,158	,119	,505	,655	,030
	N	15	15	15	15	15	15	15
	Pearson Correlation	,055	1	-,078	,064	,842**	,861**	,627*
ITEM2	Sig. (2-tailed)	,847		,783	,821	,000	,000	,012
	N	15	15	15	15	15	15	15
	Pearson Correlation	,384	-,078	1	,685**	,046	-,084	,579*
ITEM3	Sig. (2-tailed)	,158	,783		,005	,870	,765	,024
	N	15	15	15	15	15	15	15
	Pearson Correlation	,420	,064	,685**	1	,076	,046	,640*
ITEM4	Sig. (2-tailed)	,119	,821	,005		,788	,870	,010
	N	15	15	15	15	15	15	15
	Pearson Correlation	,187	,842**	,046	,076	1	,836**	,564*
ITEM5	Sig. (2-tailed)	,505	,000	,870	,788		,000	,029
	N	15	15	15	15	15	15	15
	Pearson Correlation	,126	,861**	-,084	,046	,836**	1	,616*
ITEM6	Sig. (2-tailed)	,655	,000	,765	,870	,000		,014
	N	15	15	15	15	15	15	15
TOTA	Pearson Correlation	,561*	,627*	,579*	,640*	,564*	,616*	1
LSKO	Sig. (2-tailed)	,030	,012	,024	,010	,029	,014	
R	N	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
	Valid	15	100,0
Cases	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,702	7

DESAIN KERJA

Correlations

	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	TOTALSKOR
Pearson Correlation	1	,722**	,776**	,381	,547*	,594*	,860**
ITEM1 Sig. (2-tailed)		,002	,001	,161	,035	,019	,000
N	15	15	15	15	15	15	15
Pearson Correlation	,722**	1	,518*	,381	,614*	,484	,770**
ITEM2 Sig. (2-tailed)	,002		,048	,161	,015	,067	,001
N	15	15	15	15	15	15	15
Pearson Correlation	,776**	,518*	1	,425	,663**	,501	,803**
ITEM3 Sig. (2-tailed)	,001	,048		,115	,007	,057	,000
N	15	15	15	15	15	15	15
Pearson Correlation	,381	,381	,425	1	,605*	,294	,606*
ITEM4 Sig. (2-tailed)	,161	,161	,115		,017	,287	,017
N	15	15	15	15	15	15	15
Pearson Correlation	,547*	,614*	,663**	,605*	1	,338	,800**
ITEM5 Sig. (2-tailed)	,035	,015	,007	,017		,217	,000
N	15	15	15	15	15	15	15
Pearson Correlation	,594*	,484	,501	,294	,338	1	,740**
ITEM6 Sig. (2-tailed)	,019	,067	,057	,287	,217		,002
N	15	15	15	15	15	15	15
TOTALSKOR Pearson Correlation	,860**	,770**	,803**	,606*	,800**	,740**	1
LSKO Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,017	,000	,002	
R N	15	15	15	15	15	15	15

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Case Processing Summary

	N	%
Valid	15	100,0
Cases Excluded ^a	0	,0
Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,794	7

**LAMPIRAN E. SURAT IJIN PENELITIAN DARI BADAN KESATUAN
BANGSA DAN POLITIK KABUPATEN JEMBER**



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Direktur RSD. Kalisat Kab. Jember
di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/4436/415/2017

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 22 November 2017 Nomor : 6049/UN25.1.12/SP/2017 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Dinnya Yesica Tandy / 152110101217
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Gambaran Kepatuhan Dalam Pengisian Berkas Rekam Medis di RSD. Kalisat Jember".
Lokasi : RSD. Kalisat Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : November 2017 s/d Pebruari 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 23-11-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politis

ACHMAD RAJID F., S.Sos

Pejabat Tk. I

NIP. 19690912 199602 1 001

- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

LAMPIRAN G. HASIL DOKUMENTASI



Gambar 1. Wawancara dengan Responden dokter



Gambar 2. Wawancara dengan Responden Perawat



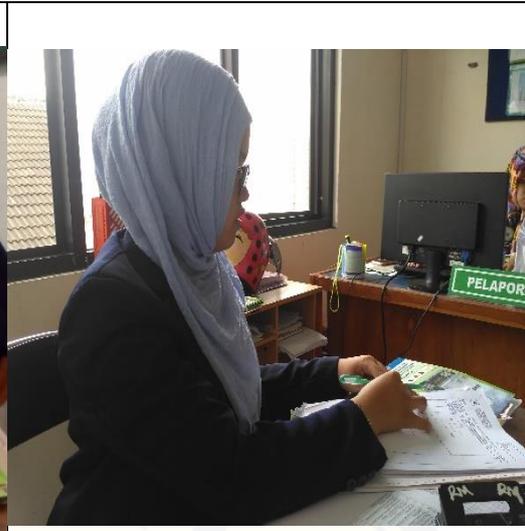
Gambar 3. Observasi Kepatuhan Dokter



Gambar 4. Observasi Kepatuhan Dokter dan Perawat



Gambar 5. Wawancara dan Observasi Perawat



Gambar 6. Observasi Kelengkapan Berkas Rekam Medis

