

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.^[3]

Catatan-catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat dokter mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Sedangkan dokumen adalah catatan dokter atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan dan rekaman elektro diagnostic.

Rekam medis harus ditulis secara tertulis, lengkap dan jelas dan dalam bentuk teknologi informasi elektronik yang diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri. Rekam medis terdiri dari catatan-catatan data pasien yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan. Catatan-catatan tersebut sangat penting dalam pelayanan bagi pasien karena dengan data yang lengkap dapat memberikan informasi dalam menentukan keputusan, baik pengobatan, penanganan, tindakan medis dan lainnya. Dokter diwajibkan membuat rekam medis sesuai dengan peraturan yang berlaku.^[4]

2. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu factor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.^[5]

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

a. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga rekam medis dan paramedic dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

c. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dan dalam rangka menegakkan hukum serta sebagai bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang digunakan sebagai *financial* rumah sakit.

e. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat

dipergunakan sebagai penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan pengajaran dibidang profesi pemakai.

g. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.^[5]

B. Koding

1. Pengertian Koding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosa utama dan diagnosa sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM.^[6]

2. Tujuan Koding

- a. Memudahkan, pencatatan, pengumpulan dan pengambilan kembali informasi sesuai dengan diagnosa ataupun tindakan medis operasi yang diperlukan.
- b. Memudahkan entry data ke *database* komputer yang tersedia.
- c. Menyediakan data yang diperlukan system, riset, edukasi dan kajian *assessment* kualitas keluaran.

3. Pemanfaatan Koding di Rumah Sakit

- a. Untuk system pelaporan SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit)
- b. Untuk pembayaran DRG's/CBG's

- c. Registrasi kanker
- d. Sertifikat medis penyebab kematian
- e. *Database* rumah sakit.

C. ICD-10

1. Pengertian ICD-10

ICD-10 merupakan pengkodean atas penyakit dan tanda-tanda, gejala, temuan-temuan yang abnormal, keluhan, keadaan sosial dan eksternal yang menyebabkan cedera atau penyakit, seperti yang diklasifikasikan oleh *World Health Organization (WHO)*.^[7]

2. Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10

Terdiri dari 3 buku (volume):

a. Volume 1: Terdiri dari 22 BAB

- 1) Bab I : A00-B99 Infeksi
- 2) Bab II : C00-C99 Neoplasma ganas
D00-D48 Neoplasma insitu dan jinak
- 3) Bab III : D50-D89 Darah dan pembentuk darah
- 4) Bab IV : E00-E90 Endokrin, nutrisi dan metabolic
- 5) Bab V : F00-F99 Gangguan jiwa dan perilaku
- 6) Bab VI : G00-G99 Susunan syaraf
- 7) Bab VII : H00-H59 Mata dan adnexa
- 8) Bab VIII : H60-H95 Telinga dan proses inastoid
- 9) Bab IX : I00-I99 Pembuluh darah
- 10) Bab X : J00-J99 Saluran nafas
- 11) Bab XI : K00-K93 Saluran cerna
- 12) Bab XII : L00-L99 Kulit dan jaringan bawah kulit

- 13) Bab XIII : M00-M99 Otot dan jaringan ikat
- 14) Bab XIV : N00-N99 Sistem kemih
- 15) Bab XV : O00-O99 Kehamilan, persalinan dan nifas
- 16) Bab XVI : P00-P96 Kondisi tertentu perinatal
- 17) Bab XVII : Q00-Q59 Malformasi bawaan
- 18) Bab VIII : R00-R99 Gejala, tanda
- 19) Bab XIX : S00-T98 Cedera, keracunan, external cause
- 20) Bab XX : V01-Y98 Faktor eksternal
- 21) Bab XXI : Z00-Z99 Faktor yang berpengaruh status kesehatan & kontak dengan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 22) Bab XXII : U00-U99 Code untuk tujuan khusus.

b. Volume 2: Petunjuk penggunaan ICD-10

c. Volume 3: Indeks alphabet

- 1) Bagian I : Indeks diagnosa & cedera
- 2) Bagian II : Indeks penyebab luar cedera
- 3) Bagian III : Indeks obat-obatan dan bahan kimia.^[8]

D. Underlying Cause of Death (UCOD)

1. Pengertian UCOD

Penyebab Dasar Kematian (*Underlying Cause of Death*) adalah sebab dasar terjadinya urutan sebab-sebab kematian. Sebab dasar terjadinya kematian adalah keadaan penyakit atau cedera sebagai pemicu urutan kejadian yang mengakibatkan kematian, serta kecelakaan atau kekerasan yang menghasilkan cedera fatal hingga mengakibatkan kematian.

Penyebab dasar kematian merupakan suatu penyakit/kondisi yang merupakan awal dimulainya rangkaian perjalanan penyakit menuju kematian, atau keadaan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera dan berakibat dengan kematian.

Penyebab dasar kematian merupakan suatu kondisi, kejadian atau keadaan yang tanpa penyebab dasar tersebut pasien tidak akan meninggal.^[9]

Dalam melaksanakan koding pada kasus/pasien meninggal ada beberapa bagian yang harus dipahami, terutama pemilihan diagnosis utama penyebab kematian karena tidak selalu diagnosis yang ditegakkan oleh dokter diakhir *episode* perawatan merupakan penyebab langsung kematian.

2. Acuan Penentuan UCOD

Berikut beberapa hal yang bisa dijadikan acuan dalam menentukan diagnosis kematian:

- a. Penyebab langsung: Adalah semua penyakit, kondisi morbiditas atau cedera serta keadaan akibat kecelakaan yang langsung menyebabkan atau turut serta menyebabkan kematian
- b. Penyebab antara: Bila lebih dari 2 sebab terekam, harus dilakukan seleksi sesuai aturan berdasarkan konsep sebab yang mendasari kematian (*Underlying cause of death*)
- c. Penyebab dasar : Sebab yang mendasari kematian (*Underlying Cause of Death*) adalah:
 - 1) Penyakit atau cedera yang menimbulkan rangkaian peristiwa morbiditas yang secara langsung menyebabkan kematian
 - 2) Keadaan (akibat) kecelakaan atau kekerasan yang menghasilkan cedera fatal

3. Aturan Seleksi

a. Prinsip Umum (*general principle*)

Bila lebih dari 1 kondisi diisi, maka untuk menentukan sebab langsung pilih baris terbawah pada bagian I.

Contoh :

- (a) *Cerebral Haemorrhage*
- (b) *Hypertension*
- (c) *Chronic pyelonephritis*
- (d) *Prostatic Adenoma*

Pilih *Prostatic Adenoma* sebagai UCOD karena kondisi pada bagian (d) menyebabkan (c), kondisi pada (c) menyebabkan (b) dan kondisi pada (b) menyebabkan (a).

b. *Rule 1*

Bila lebih dari 1 rangkaian yang berakhir pada kondisi yang disebut pertama, pilih dari kejadian yang disebut pertama.

Contoh:

- (a) *Bronchopneumonia*
- (b) *Cerebral infarction and Hypertension heart disease*

Pilih *Cerebral infarction and Hypertension heart disease* karena dapat menyebabkan bronchopneumonia.

c. *Rule 2*

Bila tidak ada laporan kejadian yang berakhir pada kondisi pertama, dipilih kondisi yang disebut pertama.

Contoh :

- (a) *Fibrocytic disease of the pancreas*
- (b) *Bronchitis and Bronchiectasis*

Pilih *Fibrocytic disease of the pancreas* karena *Bronchitis and bronchiectasis* tidak menyebabkan *Fibrocytic disease of the pancreas*.

d. *Rule 3*

Bila kondisi yang dipilih pada prinsip umum, *rule 1* atau *rule 2* adalah suatu akibat langsung dari kondisi/keluhan lain yang dilaporkan pada bagian I atau II, pilih kondisi primer ini.

Diagnosa yang diklasifikasikan di C46 atau C81-C96 dipandang sebagai akibat langsung dari HIV. Tidak ada asumsi demikian untuk neoplasma yang lain.

Contoh 1 :

I (a) Kaposi's sarcoma

II AIDS

Maka yang dipilih adalah *HIV disease resulting in Kaposi's sarcoma (B21.0)*

Contoh 2 :

I (a) Cancer of Ovary

II HIV disease

Maka yang dipilih adalah *malignant neoplasma of ovary (C56)*
Penyakit infeksi yang diklasifikasi A00-B19, B25-B64, B99 atau J12-J18, dianggap sebagai akibat langsung dari penyakit HIV yang dilaporkan.

Contoh 3 :

I (a) Tuberculosis

II HIV disease

Maka yang dipilih adalah *HIV disease resulting in mycobacterial infection (B20.0)*.

4. Aturan Modifikasi

Dalam beberapa kasus sebab yang mendasari kematian yang telah dipilih, dengan menggunakan aturan-aturan di atas tidak terpakai atau informatif. Misalnya untuk kondisi senilitas atau proses penyakit umum seperti Aterosklerosis. Dalam hal ini diterapkan cara modifikasi sesudah penggunaan prinsip umum, *rule 1*, *rule 2*, dan *rule 3*. Ada 6 aturan modifikasi, yaitu:

a. Aturan A → senilitas dan kondisi yang tidak jelas

Jika penyebab terpilih adalah keadaan pada bab XVIII, kecuali untuk SID dan keluhan yang diklasifikasikan di tempat lain pada R00-R94 atau R96-R99, pilih kembali penyebab kematian seperti penyebab tersebut tidak diklasifikasikan pada bab XVIII

Contoh :

(a) Senility dan hypostatis pneumonia

(b) Rheumatoid arthritis

Pilih *Rheumatoid arthritis (M06.9)*. Senility dipilih dengan aturan 2 diabaikan dan gunakan prinsip umum.

b. Aturan B → keluhan yang tidak begitu penting

Jika penyebab kematian yang terpilih pada sertifikat merupakan keluhan yang meragukan, pilih kembali penyebab kematian seperti penyebab yang meragukan tersebut tidak dilaporkan. Jika kematian terjadi akibat reaksi berlebihan dan penatalaksanaan kondisi yang meragukan tersebut, pilih reaksi berlebihan tersebut.

Contoh :

(a) Dental caries

(b) Cardiac arrest

Pilih Cardiac arrest (I46.9). Abaikan dental caries yang dipilih dengan menggunakan prinsip umum, sebab hal tersebut dapat dipertimbangkan sebagai keluhan yang tidak begitu penting.

c. Aturan C → keterkaitan

Jika penyebab terpilih berkaitan dengan penyebab lain akibat sifatnya atau catatan yang digunakan untuk pengkodean penyebab kematian, gunakan kombinasi keluhan tersebut.

Jika hubungan antar 2 kondisi hanya terjadi akibat satu keluhan disebabkan oleh keluhan yang lain, kode kombinasi kedua keluhan tersebut hanya jika hubungan sebab akibat dapat dimungkinkan.

Kemudian jika terjadi konflik dalam kaitan 2 keluhan, kaitkan dengan keluhan lain yang akan dipilih jika penyebab yang pertama dipilih tidak dilaporkan, maka carilah kaitan lain yang memungkinkan.

Contoh:

(a) Intestinal obstruction

(b) Femoral hernia

Pilih kode femoral hernia with obstruction (K41.3).

d. Aturan D → kekhususan

Jika penyebab terpilih menggambarkan keluhan dengan keterangan yang lebih umum dan keluhan lain yang lebih

spesifik dilaporkan pada sertifikat, gunakan keluhan yang lebih spesifik.

Contoh:

- (a) Meningitis
- (b) Tuberculosis

Pilih kode Tuberculosis(A17.0+ → G01*) karena keluhan dinyatakan dalam hubungan sebab dan akibat yang tepat.

e. Aturan E → stadium awal dan lanjutan suatu penyakit

Jika penyebab terpilih adalah keluhan awal penyakit dan keluhan yang lebih parah tercantum pada sertifikat. Aturan ini tidak berlaku untuk penyakit”kronik”akibat penyakit”akut” kecuali sistem klasifikasi memberikan catatan khusus.

Contoh:

- (a) Tertiary syphilis
- (b) Primary syphilis

Pilih kondisi tertiary syphilis(A52.9) karena kondisi ini merupakan lanjutan dari keluhan/ stadium awal.

f. Aturan F → gejala sisa

Jika penyebab kematian merupakan keluhan awal yang mana dalam sistem klasifikasi merupakan gejala sisa dari suatu penyakit dan ada bukti maka sebab kematian memang terjadi akibat gejala sisa dari penyakit tersebut.

Contoh :

- (a) Fibrosis pulmonary
- (b) Old pulmonary tuberculosis

Kode “sequele of respiratory tuberculosis (B90.9).^[10]

5. Kode yang tidak digunakan dalam UCOD

Tidak digunakan bila diketahui penyebab utama antara lain: F01-F09, F70-F79, G81-G83, H54, H90-H91, N46, N47, O30, P07, P08, T79.^[11]

6. Penggunaan MMDS sebagai alat bantu menetapkan UCOD

Tabel *Medical Mortality Data System* (MMDS) dipakai untuk membantu penetapan penyebab dasar yang benar. *Decision* tabel ini adalah kumpulan daftar yang memberikan panduan dan arah dalam penerapan *Rule* seleksi dan modifikasi.^[11]

E. Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK)

Sertifikat kematian adalah sumber utama data mortalitas. Informasi sertifikat kematian bisa didapat dari praktisi kesehatan atau pada kasus kematian karena kecelakaan atau kekerasan coroner. Pada peradilan, petugas lain (yang tidak terlatih secara medis) bertanggung jawab untuk melengkapi sertifikat kematian.

Orang yang mengisi sertifikat sebab kematian akan memasukkan urutan kejadian yang menyebabkan kematian pada sertifikat kematian dengan format internasional.

Format sertifikat internasional sebab kematian yang telah direkomendasi WHA (World Health Assembly) mempunyai 2 bagian :

- a. Bagian I : Digunakan untuk penyakit yang berhubungan dengan urutan kejadian yang mengarah langsung ke kematian
- b. Bagian II: Digunakan untuk kondisi yang tidak mempunyai hubungan langsung dengan kejadian yang menyebabkan kematian, tetapi menunjang kematian.^[10]

F. Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) Perinatal

1. Penjelasan

Dalam menyusun sertifikat kematian bayi (perinatal) sedikit berbeda dengan kematian dewasa, adapun urutannya:

- a. Bagian (a) dan (b) diisi penyakit atau kondisi janin atau bayi, yang penting pada (a) dan yang lain pada (b) bila ada.
- b. Bagian (a) adalah yang mempunyai kontribusi terbesar terhadap kematian janin atau bayi.

Cara kematian seperti heart failure, asphyxia atau anoxia tidak dimasukkan pada bagian (a) kecuali hanya pada janin atau bayi yang tidak diketahui kondisinya, begitu juga halnya untuk prematuritas.

Pada bagian (c) dan (d) diisi semua penyakit atau kondisi ibu yang mempunyai pengaruh terburuk pada janin atau bayi. Sementara bagian (e) adalah kejadian lain yang berhubungan dengan kematian tetapi tidak dapat menggambarkan suatu penyakit atau kondisi bayi atau ibu, misalnya persalinan tanpa kehadiran penolong.

Sertifikat penyebab kematian perinatal yang terpisah harus dilengkapi dengan urutan sbb:

- a. Penyakit utama atau kondisi janin atau bayi
- b. Penyakit lain atau kondisi janin atau bayi
- c. Penyakit maternal utama atau kondisi ibu yang mempengaruhi janin atau bayi
- d. Penyakit maternal lain atau kondisi ibu yang mempengaruhi janin atau bayi
- e. Penyakit atau keadaan lain yang ada kaitannya.

Untuk analisa yang menyeluruh diperlukan data dari ibu dan bayi.

Data Ibu :

- a. Tanggal lahir
- b. Jumlah kehamilan sebelumnya : lahir hidup, lahir mati, abortus
- c. Tanggal dan hasil dari kehamilan sebelumnya : lahir hidup, lahir mati, abortus
- d. Kehamilan saat ini, meliputi :
 - 1) Hari pertama dari saat menstruasi terakhir (perkiraan hamil dalam minggu)
 - 2) Perawatan antenatal (dua kali atau lebih)
 - 3) Persalinan normal spontan vertex/lain (sebutkan)

Data Anak

- a. Berat badan lahir dalam gram
- b. Jenis kelamin
- c. Lahir tunggal/kembar, pertama/kembar, kedua/persalinan, multiple atau yang lain
- d. Jika lahir mati, kapan kejadiannya: sebelum persalinan/selama persalinan/tidak tahu

2. Aturan Pemberian Kode Kematian Perinatal

Peraturan yang terpilih untuk mortalitas umum tidak dapat diterapkan pada sertifikat kematian perinatal.

a. *Rule 1*

Cara untuk kematian atau prematuritas yang dimasukkan di (a).

Contoh: Bayi lahir hidup, mati setelah 4 hari.

- (a) Prematurity (P07.3)
- (b) Spina bifida (Q05.9)
- (c) Placental insuffisiensi
- (d) –

Prematurity di beri kode pada (b) dan spina bifida pada (a).

Yang perlu dicatat kode Q pada (a) dan kode P pada (b)

b. *Rule 2*

Jika penyebab kematian terdiri dari dua atau lebih kondisi yang dimasukkan pada bagian (a) atau (c), maka dapat di reseleksi kembali sebagai berikut ;

Contoh: bayi lahir mati sebelum lahir

- (a) Severe fetal malnutrition
Light for dates
Antepartum anoxia
- (b) –
- (c) Severe pre eclampsia
Placenta praevia
- (d) –
- (e) –

Light for dates dengan *severe fetal malnutrition* pada (a) dan *antepartum anoxia* pada (b), *severe pre eclampsia* pada (c) dan *placenta praevia* pada (d)

c. *Rule 3*

Jika pada sebab kematian tidak ada isian pada (a) atau (c) maka pakailah aturan ke-3, yang menjadi sebab langsung adalah yang dituliskan. Ini terjadi jika kondisi ibu tidak diisi/diberi keterangan.

Contoh: Bayi lahir hidup dan meninggal pada menit 15

- (a) –

- (b) Tentorial tear
- (c) –
- (d) –

Tentorial tear pada (a) dan pada (c) diisi xxx.x (artinya kondisi ibu tidak dilaporkan).

Contoh: bayi lahir hidup dan meninggal pada hari kedua

- (a) –
- (b) –
- (c) –
- (d) Eclampsia

Pada (a) diisi Unspecified perinatal cause dan eclampsia pada (c).

d. *Rule 4*

Jika terdapat penulisan/ pengisian suatu kondisi pada bagian yang salah maka aturan ke-4 ini yang digunakan, dengan melakukan penempatan ulang, biasanya untuk sebab langsung sudah benar.

Contoh: Bayi lahir mati, meninggal selama persalinan

- (a) Severe intrauterine hypoxia
- (b) Persistent occipitoposterior
- (c) –
- (d) –
- (e) Difficult forceps delivery

Persistent occipitoposterior pada (c), *difficult forceps delivery* pada (d).^[10]

G. Karakteristik

Setiap manusia memiliki karakteristik individu yang berbeda-beda antar satu dengan yang lainnya. Beberapa pengertian mengenai karakteristik individu.

Karakteristik demografi berkaitan dengan struktur penduduk, umur, jenis kelamin dan status ekonomi sedangkan data kultural mengangkat tingkat pendidikan, pekerjaan, agama, adat istiadat, penghasilan, dan sebagainya.

Dari pengertian diatas yang dapat membentuk karakteristik individu seseorang meliputi:

1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Makin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga meningkat pula kinerjanya.^[12]

2. Masa Kerja

Menurut Kreitner dan Kinichi, menyatakan bahwa masa kerja yang lama akan cenderung membuat seseorang betah dalam sebuah organisasi. Hal ini disebabkan karena telah beradaptasi dengan lingkungan yang cukup lama sehingga akan merasa nyaman dalam pekerjaannya. Semakin lama seseorang bekerja maka tingkat prestasi akan semakin tinggi, prestasi yang tinggi didapat dari perilaku yang baik.

Pengalaman adalah guru yang baik, oleh sebab itu pengalaman yang identic dengan lama bekerja (masa kerja). Pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dalam upaya meningkatkan pelayanan kepada pasien. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang dihadapi pada masa yang lalu. Sehingga dapat dikatakan, semakin lama seseorang bekerja semakin baik pula dalam memberikan pelayanan.^[13]

3. Pelatihan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia pelatihan adalah proses melatih, kegiatan atau pekerjaan. Menurut Cut Zurnali, tujuan pelatihan adalah agar pegawai atau karyawan dapat menguasai pengetahuan, keahlian dan perilaku yang ditekankan dalam program-program pelatihan dan untuk diterapkan dalam aktivitas sehari-hari.

Pelatihan dapat dikatakan berhasil apabila dalam diri pegawai terjadi proses transformasi dalam:

- a. Peningkatan kemampuan dalam melaksanakan tugas
- b. Perubahan perilaku yang tercermin pada sikap, disiplin dan etos kerja. ^[14]

2. Umur

Umur berpengaruh terhadap pola pikir seseorang dan pola pikir berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Umur secara garis besar menjadi indikator dalam setiap mengambil keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya, dengan semakin banyak umur maka dalam menerima sebuah intruksi dan prosedur akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman.

3. Jenis Kelamin

Jenis kelamin terbentuk dalam dimensi biologis. Jenis kelamin mengacu pada seseorang berperilaku dan mencerminkan penampilan sesuai dengan jenis kelaminnya. ^[13]

H. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan dapat melalui panca indera manusia, yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba.

Perilaku didasari dengan pengetahuan akan lebih bermanfaat dari pada perilaku yang tidak didasari dengan pengetahuan. Pengetahuan dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

1. Tahu (*Know*)

Tahu artinya mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi sebelumnya.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi dan masih ada kaitannya dengan yang lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan dengan meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi.^[15]

I. Sikap

1. Pengertian Sikap

Sikap adalah perasaan positif , negative atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, objek dan keadaan.^[16]

Sikap merupakan penilaian seseorang terhadap stimulus atau objek. Setelah orang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau obyek tersebut ^[17]

2. Komponen Pokok Sikap

Menurut Allport, sikap mempunyai 3 komponen pokok yaitu:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak

3. Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek)

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

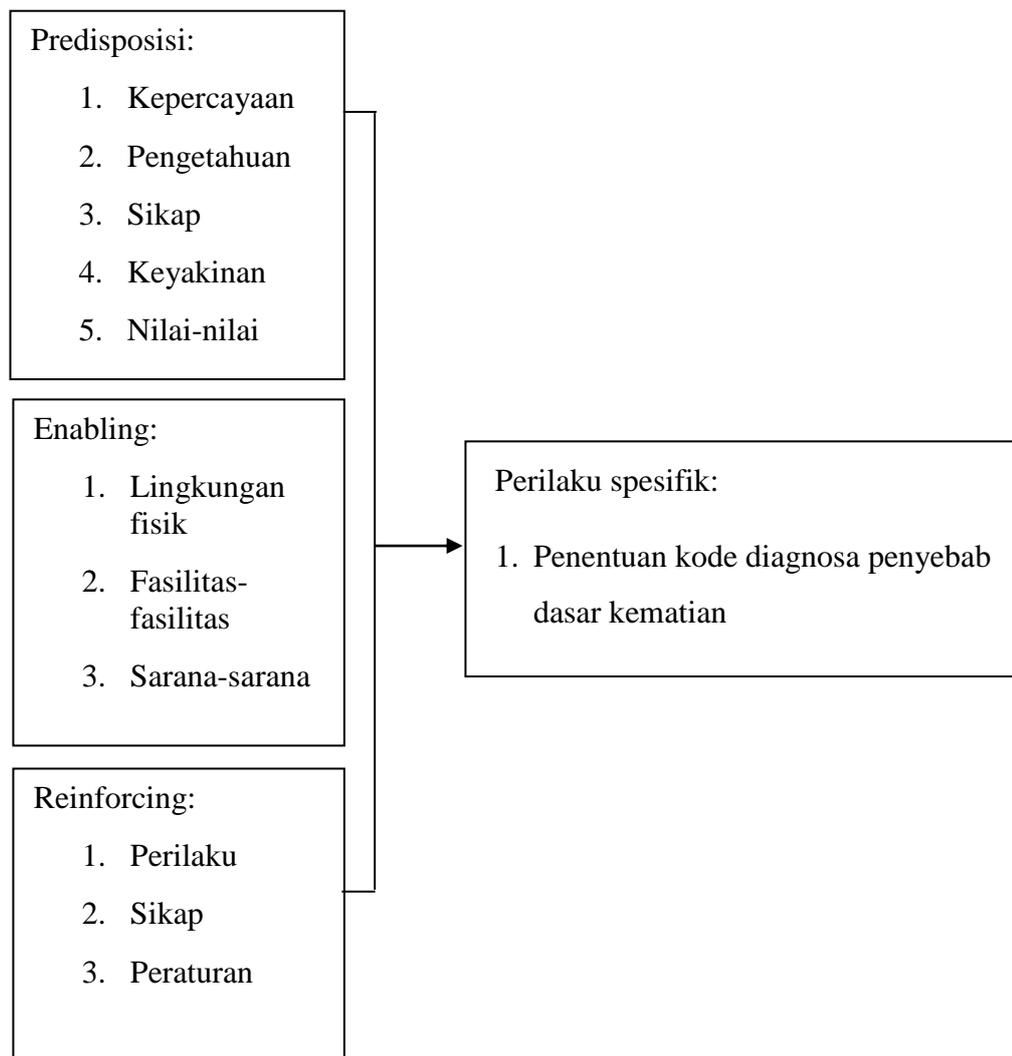
c. Menghargai (*valving*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. ^[15]

J. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori dari Teori Lawrence Green dalam Buku Pendidikan Perilaku Kesehatan ^[18]