

NASKAH PUBLIKASI

**EVALUASI PELAKSANAAN *PATIENT CENTERED CARE* DI RS PKU
MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT 1**



Disusun oleh :

Pagela Pascarella Renta

20151030036

**PROGRAM STUDI MANAJEMEN RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2016**

NASKAH PUBLIKASI

**EVALUASI PELAKSANAAN *PATIENT CENTERED CARE DIRS*
PKUMUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT 1**



Diajukan oleh :

Pagela Pascarella Renta

2015 103 0036

Telah Disetujui Oleh :

Pembimbing I

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'E. Rosa', is written over the 'Pembimbing I' text.

Dr. Elsy Maria Rosa, M.Kep

Tanggal

Evaluasi Pelaksanaan *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1

Pagela Pascarella Renta¹Elsye Maria Rosa²

Program studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183

Email: pagela06@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Rekam medis memfasilitasi dan mencerminkan integrasi dan koordinasiperawatan pasien melalui komunikasi tertulis. Contoh kurangnya komunikasi antara berbagai profesi kesehatan adalah catatan medis yang terpisah dengan catatan perawatan dan catatan profesi kesehatan lainnya sehingga akan mempengaruhi kelengkapan dokumen. Beberapa studi mengungkapkan ketidaklengkapan dokumen rekam medis karena tulisan dokter yang sulit terbaca dan pengelolaan yang terkesan seadanya. Begitu juga di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dimana kendala pengelolaan rekam medis antara lain kurangnya partisipasi tenaga medis dalam pengisian rekam medis.

Metode Penelitian : Penelitian ini merupakan jenis penelitian *mix method* rancangan *cross sectional* untuk kuantitatif dan studi kasus untuk kualitatif. Subyek penelitian adalah rekam medis, dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis, apoteker, dan pasien. Data diambil dengan cara analisa dokumen dan wawancara.

Hasil Penelitian : Standar yang perlu ditingkatkan pengisiannya yaitu Pelayanan Anestesi dan Bedah 5.1 (22,7%), Pelayanan Anestesi dan Bedah 7.1 (22,7%), Manajemen Penggunaan Obat 4 (38,6%), Manajemen Penggunaan Obat 7 (50%), Assesmen Pasien 1.6 (43,2%), dan Pendidikan Pasien dan Keluarga 2.1 (29,5%). Petugas RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah memiliki kesadaran yang tinggi, sikap profesional, kerjasama yang baik, tanggung jawab, dan hubungan antar profesi sudah baik. Namun pelaksanaan *Patient Centered Care* belum berjalan maksimal dikarenakan kurangnya tenaga medis di bagian tertentu dan keterbatasan waktu sehingga membutuhkan peran Rumah Sakit seperti monitor dan evaluasi, logistik, dan sumber daya manusia.

Simpulan : Kelengkapan dokumen rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sesuai dengan standar akreditasi RS tahun 2012 yaitu sebesar 79,16% (lengkap). Catatan perkembangan pasien terintegrasi merupakan implementasi dari Pelayanan Berpusat Pasien ini sudah berjalan, namun kendalanya keterbatasan waktu, kurangnya tenaga medis di bagian tertentu, kurang maksimal pengorganisasian rekam medis, dan kurang maksimalnya pembinaan dan pengawasan dari pihak manajemen Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Kata Kunci : Rekam medis terintegrasi, kelengkapan rekam medis, pelayanan berpusat pada pasien.

***Evaluation of progress Patient Centered Care at PKU Muhammadiyah Hospital
Unit 1***

Pagela Pascarella Renta¹ Elsy Maria Rosa²

Hospital Management Study Program, University of Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183

Email: pagela06@gmail.com

ABSTRACT

Background: *Medical records facilitates and reflects the integration and coordination of patient care through written communication. The example of a lack of communication between the various health professions are the use of medical records separate from records maintenance records and other health professionals that will affect the completeness of documents. Several studies reveal the incompleteness of the document in medical records for physician's writings are difficult to read and the management were impressed potluck. Likewise at PKU Muhammadiyah Hospital in Yogyakarta, where medical records management constraints include lack of participation by medical personnel in filling of medical records.*

Research Methods: *This study is a mix method research with cross sectional design for quantitative and case study for qualitative. Subjects were medical records, doctors, nurses, dietitians, physiotherapists, pharmacists, and patients. Data were collected by analysis documents and interview.*

Research Results: *The standards needed to be improved, namely filling Anesthesia and Surgical Services 5.1 (22.7%), Anesthesia and Surgical Services 7.1 (22.7%), Management of Drug Use 4 (38.6%), Management of Drug Use 7 (50%), patient assessment 1.6 (43.2%), and patient and Family Education 2.1 (29.5%). PKU Muhammadiyah Yogyakarta Hospital officials already have a high awareness, professional attitude, a good cooperation, responsibility, and the relationship between the professions has been good. However, the implementation of the Patient Centered Care not running optimally due to a lack of human resources in certain part and time constraints. Thus requiring the hospital's role as monitoring and evaluation, logistics, and human resources.*

Conclusion: *Completeness documents medical records at RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta hospital according to accreditation standards in 2012 which is 79,16% (complete). Note the development of an integrated patient is an implementation of Patient Centered Care is already running, but the problem are time constraints, a lack of medical personnel in certain part, organizing medical records run less than the maximum, and the guidance and supervision of the management of PKU Muhammadiyah Hospital in Yogyakarta running underutilization.*

Keywords: *Integrated medical records, medical records completeness, patient-centered care*

PENDAHULUAN

Banyak kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit disebabkan karena masalah komunikasi termasuk di bagian keperawatan. Data dari hasil RCA salah satu rumah sakit di Amerika menunjukkan: 65% *sentinel event*, (90% penyebabnya adalah komunikasi dan 50% terjadi pada saat serah terima informasi pasien (JCI, 2006).

Satu tanda kurangnya komunikasi antara berbagai profesi kesehatan adalah terus digunakannya catatan medis yang terpisah dengan catatan perawatan dan catatan profesi kesehatan lain untuk merekam kondisi pasien. Catatan yang dibuat kurang menggambarkan informasi mengenai respon pasien dan hal-hal yang dirasakan pasien, bahkan banyak pengamatan yang tidak dicatat dalam rekam medis. Untuk meningkatkan kualitas catatan medis adalah dengan mengintegrasikan catatan professional kesehatan menjadi satu catatan pasien yang terintegrasi (Moss, 1994).

Rekam medis memfasilitasi dan mencerminkan integrasi dan koordinasi perawatan. Secara khusus, setiap praktisi kesehatan: perawat, dokter, ahli terapi, ahli gizi dan professional kesehatan lainnya mencatat pengamatan, pengobatan, hasil atau kesimpulan dari pertemuan/ diskusi tim perawatan pasien dalam catatan perkembangan yang berorientasi masalah dalam bentuk SOAP (IE) dengan formulir yang sama dalam rekam medis, dengan ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi antar professional kesehatan (Patricia and Nancy, 2004, Frelita, Situmorang, & Silitonga, 2011).

Menurut panduan rekam medis disebutkan ada 3 prinsip utama dalam dokumentasi rekam medis yaitu: komprehensif dan lengkap, berpusat pada

pasiendan kolaborasi serta menjamin dan menjaga kerahasiaan pasien (WHO, 2007).

Kondisi saat ini di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1, masing-masing profesi masih belum berperan penuh dalam pendokumentasian catatan perkembangan pasien, sehingga kurang efektif dalam berkomunikasi, masing-masing menulis untuk kebutuhan profesi sendiri dan kadang-kadang tidak dibaca oleh profesi lain. Ditinjau dari segi efisiensi, dirasakan kurang efisien karena banyak formulir yang harus diisi tetapi pengisiannya kurang optimal. Variasi dokumentasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1 terdiri dari dokumentasi untuk rawat jalan, UGD, Hemodialisa, Kamar Operasi dan Anestesi, Rawat inap: rawat inap dewasa, anak dan VIP, Rawat Intensif: dewasa, bayi dan ICU. Dari beberapa jenis ruang perawatan, yang sudah menerapkan dokumentasi catatan perkembangan terintegrasi adalah di area Ruang ICU dengan menggunakan *flowchart* khusus. Kelengkapan dan ketepatan dokumentasi rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1 dirasa masih belum baik.

Untuk memulai pelaksanaan dokumentasi terintegrasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1 diawali oleh tim standar *Care of Patients JCI* mengajukan usulan format rekam medis terintegrasi pasien rawat inap sesuai pada lampiran. Pelaksanaan catatan dokumentasi terintegrasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1 baru dilaksanakan dan belum berjalan dengan baik, oleh karena itu perlu dilakukan suatu evaluasi terhadap pelaksanaan dokumentasi terintegrasi tersebut dari berbagai profesi sesuai

petunjuk teknis yang ada. Dari latar belakang di atas maka didapatkan rumusan masalah bagaimana pelaksanaan catatan perkembangan pasien terintegrasi implementasi dari *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1?

BAHAN DAN CARA

Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *mixed method*. Penelitian kuantitatif dengan rancangan *cross sectional* untuk melihat kelengkapan rekam medis sesuai dengan standar akreditasi pelayanan berpusat pada pasien, dan kualitatif dengan rancangan studi kasus untuk melihat pelaksanaan *patient centered care* yang mencakup karakteristik RS yang profesional dan aspek organisasi. Cara pengumpulan data dilakukan dengan analisis dokumen dan wawancara.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Februari - Mei 2016 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I.

Subyek dan Obyek Penelitian

Subjek dalam pendekatan kuantitatif ini adalah rekam medis. Adapun kriteria inklusi dalam pendekatan ini adalah rekam medis pasien bedah pada bulan Januari 2016, rekam medis pasien bedah yang mendapatkan tindakan operasi, rekam medis pasien bedah dengan diagnosis Tonsilektomi, TUR dengan laparoscopy, Reposisi dengan narkose, dan Eksisi besar. Sedangkan kriteria ekslusinya adalah Rekam medis pasien poli bedah, rekam medis pasien bedah dengan diagnosis fibroadenoma, trauma abdomen, ulkus DM, sirkumsisi, trauma wajah, dan tindakan *Sectio Caesaria* serta bedah saraf.

Sedangkan Subjek dalam pendekatan kualitatif ini adalah dokter bedah, dokter anestesi, perawat, ahli gizi, apoteker, fisioterapis dan pasien. Adapun kriteria Inklusi dalam pendekatan ini adalah dokter bedah umum, dokter anestesi, dokter THT, dokter bedah tulang, dokter urologi, kepala bangsal, apoteker dengan masa kerja >3 tahun, fisioterapis dengan masa kerja >3 tahun, dan ahli gizi dengan masa kerja >3 tahun di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1. Sedangkan Kriteria Eksklusi antara lain dokter tamu dan petugas medis dengan masa kerja <3 tahun. Teknik pengambilan sample menggunakan *purposive sampling*.

Variabel Penelitian

Pada penelitian ini variabel penelitiannya adalah pelaksanaan catatan perkembangan pasien terintegrasi implementasi dari *Patient Centered Care*, dengan indikator penerapan standar akreditasi yang berkaitan dengan *Patient Centered Care*, karakteristik RS yang profesional, dan aspek Organisasi RS.

Instrumen Penelitian

Instrument penelitian menggunakan format telaah rekam medis tertutup sesuai dengan standar akreditasi RS versi 2012, yang terdiri dari tujuh aspek *Patient Centered Care* yaitu akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Assesmen Pasien (AP), Pelayanan Pasien (PP), Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB), Manajemen Penggunaan Obat (MPO), dan Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK). Lembar penilaian evaluasi rekam medik tertutup sementara terlampir di akhir halaman. Selanjutnya dilakukan wawancara terbuka untuk mengetahui pelaksanaan *Patient Centered Care*.

Analisis Data

Penelitian ini mengumpulkan data primer. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber yang berhubungan, seperti wawancara langsung dengan dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, fisioterapis untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan catatan rekam medis terintegrasi dan *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah I Yogyakarta. Selain itu, peneliti juga melakukan analisis dokumen untuk menilai persentase kelengkapan rekam medis sesuai standar akreditasi Rumah Sakit versi 2012. Data kelengkapan rekam medis diambil dari rekam medis pasien bedah pada bulan Januari 2016 sesuai dengan kriteria inklusi.

Dalam analisis kuantitatif ini variabel penelitian disusun secara deskriptif dengan menilai presentase pencapaian standar dalam bentuk tabel frekuensi dengan menggunakan SPSS versi 22.0.0.0. Tabel frekuensi memuat delapan aspek *Patient Centered Care* yaitu akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Assesmen Pasien (AP), Pelayanan Pasien (PP), Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB), Manajemen Penggunaan Obat (MPO), dan Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK).

Sedangkan data yang didapat dari hasil wawancara dianalisis secara kualitatif dengan menggunakan *Miles & Huberman* melalui tiga tahap, yaitu:

1. Tahap reduksi data
2. Tahap penyajian data
3. Tahap penarikan kesimpulan dan verifikasi data

Langkah-langkah dalam tahap reduksi, yaitu Meringkaskan data kontak langsung dengan orang, kejadian dan situasi di lokasi penelitian, Pengkodean, Pembuatan catatan obyektif, Membuat catatan reflektif, Membuat catatan marginal, Penyimpanan data, Pembuatan memo, Analisis antar lokasi, Pembuatan ringkasan sementara antar lokasi.

Tahap penyajian, pada tahapan ini dikembangkan model mendeskripsikan konteks dalam penelitian.

Tahap penarikan kesimpulan dan verifikasi data. Kesimpulan hasil penelitian yang diambil dari hasil reduksi dan penyajian data adalah merupakan kesimpulan sementara. Kesimpulan sementara ini masih dapat berubah jika ditemukan bukti-bukti kuat lain pada saat proses verifikasi data di lapangan. Jadi proses verifikasi data dilakukan dengan cara peneliti terjun kembali di lapangan untuk mengumpulkan data kembali yang dimungkinkan akan memperoleh bukti-bukti kuat lain yang dapat merubah hasil kesimpulan sementara yang diambil. Jika data yang diperoleh memiliki persamaan (sama dengan data yang telah diperoleh) maka dapat diambil kesimpulan yang baku dan selanjutnya dimuat dalam laporan hasil penelitian.

HASIL

Gambaran Subyek Penelitian

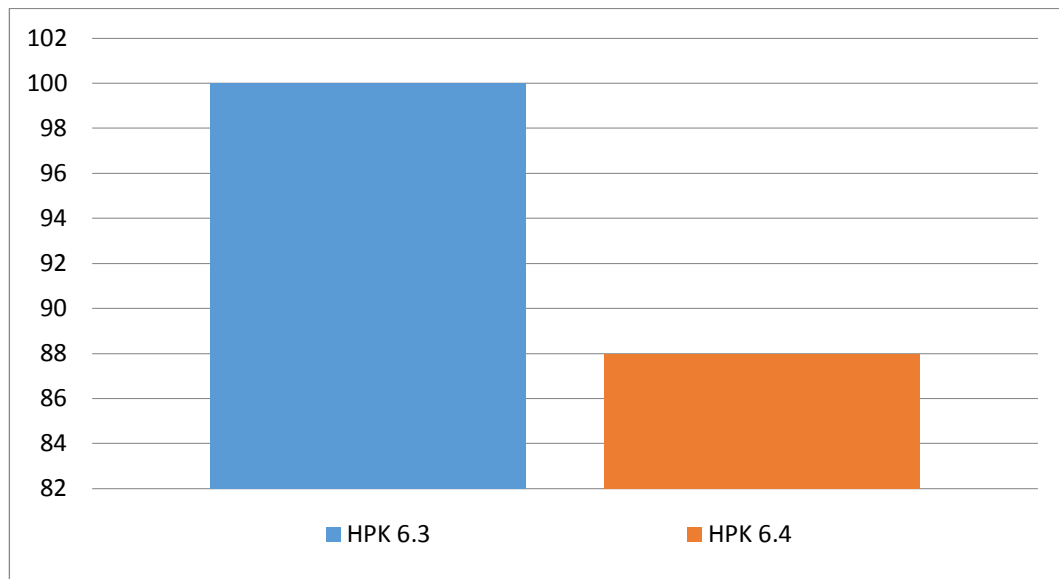
Informan penelitian ini terdiri dari berbagai macam profesi. Tidak hanya terdiri dari para dokter, tetapi juga perawat, ahli gizi, apoteker, fisioterapis, dan pasien yang juga berperan dalam *Patient Centered Care*. Karena dari berbagai macam profesi, maka usia dan tingkat pendidikan pun berbeda-beda. Usia paling tua berkisar pada 41-45 tahun, dan usia paling muda berkisar pada 25-30 tahun.

Tingkat pendidikan tertinggi adalah lulusan Spesialistik dan pendidikan terendah adalah lulusan S1. Masing-masing subyek penelitian diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapat tentang pelaksanaan catatan perkembangan pasien terintegrasi dan *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Review dokumen rekam medis rawat inap dilakukan pada bulan Februari - Maret 2016 dengan menilai kelengkapan rekam medis menggunakan Format Telaah Telusur Tertutup yang diperoleh sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit versi 2012.

Tabel 1. Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Hak Pasien dan Keluarga

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	HPK 6.3 Persetujuan umum			
	Ya	44	100	Lengkap
	Tidak	0	0	
	Tidak dilakukan	0	0	
2	HPK 6.4 Persetujuan operasi dan tindakan invasive, anestesi dan sedasi, transfusi darah dan produk darah, tindakan dan prosedur risiko tinggi			
	Ya	39	88,6	Lengkap
	Tidak	5	11,4	
	Tidak dilakukan	0	0	



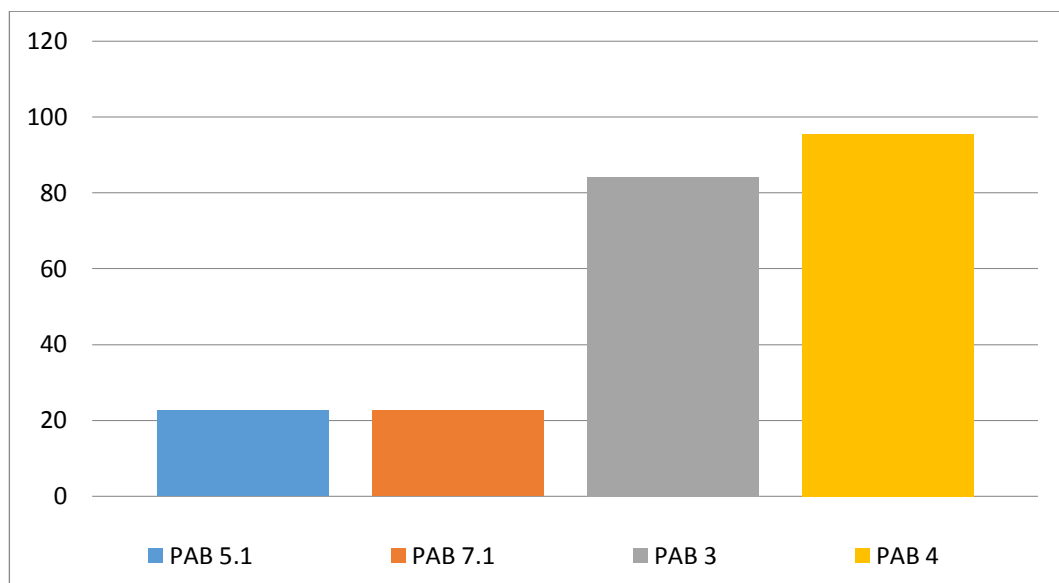
Gambar1 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Hak Pasien dan Keluarga

Keterangan : Lengkap >50%, kurang lengkap <50%, tidak lengkap 0%

Tabel 2. Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Pelayanan Anestesi dan Bedah

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	<u>PAB 5.1 Risiko, keuntungan, dan anestesi alternatif</u>			
	Ya	10	22,7	Kurang Lengkap
	Tidak	28	63,6	
	Tidak dilakukan	6	13,6	
2	<u>PAB 7.1 Risiko, keuntungan, komplikasi, dan alternatif operasi</u>			
	Ya	10	22,7	Kurang Lengkap
	Tidak	28	63,6	
	Tidak dilakukan	6	13,6	
3	<u>PAB 3 Asesmen pra sedasi, monitoring selama sedasi, kriteria sadar kembali</u>			
	Ya	37	84,1	Lengkap
	Tidak	7	15,9	
	Tidak dilakukan	0	0	
4	<u>PAB 4 Asesmen pra anestesi dan pra Induksi</u>			
	Ya	42	95,5	Lengkap
	Tidak	2	4,5	
	Tidak dilakukan	0	0	

Keterangan : Lengkap >50%, kurang lengkap <50%, tidak lengkap 0%

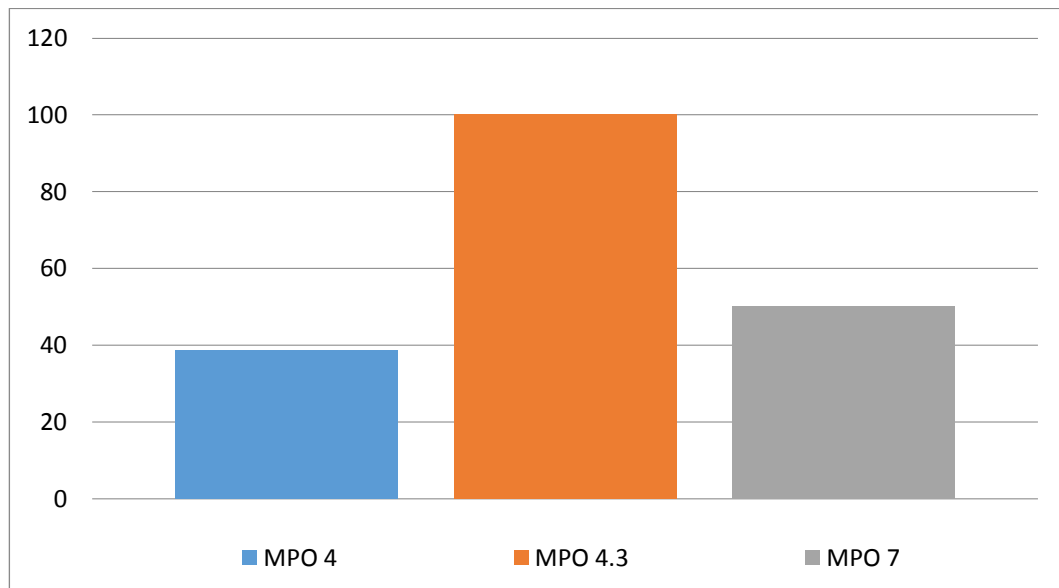


Gambar 4.2 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Pelayanan Anestesi dan Bedah

Tabel 3 Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Manajemen Penggunaan Obat

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	MPO 4 Daftar obat yang diminum sebelum dirawat			
	Ya	17	38,6	Kurang Lengkap
	Tidak	8	18,2	
Tidak dilakukan	19	43,2		
2	MPO 4.3 Jenis obat yang diresepkan dicatat di rekam medis			
	Ya	44	100	Lengkap
	Tidak	0	0	
Tidak dilakukan	0	0		
3	MPO 4.7 Efek obat yang tidak diharapkan			
	Ya	22	50	Lengkap
	Tidak	6	13,6	
Tidak dilakukan	16	36,4		

Keterangan : Lengkap >50%, kurang lengkap <50%, tidak lengkap 0%



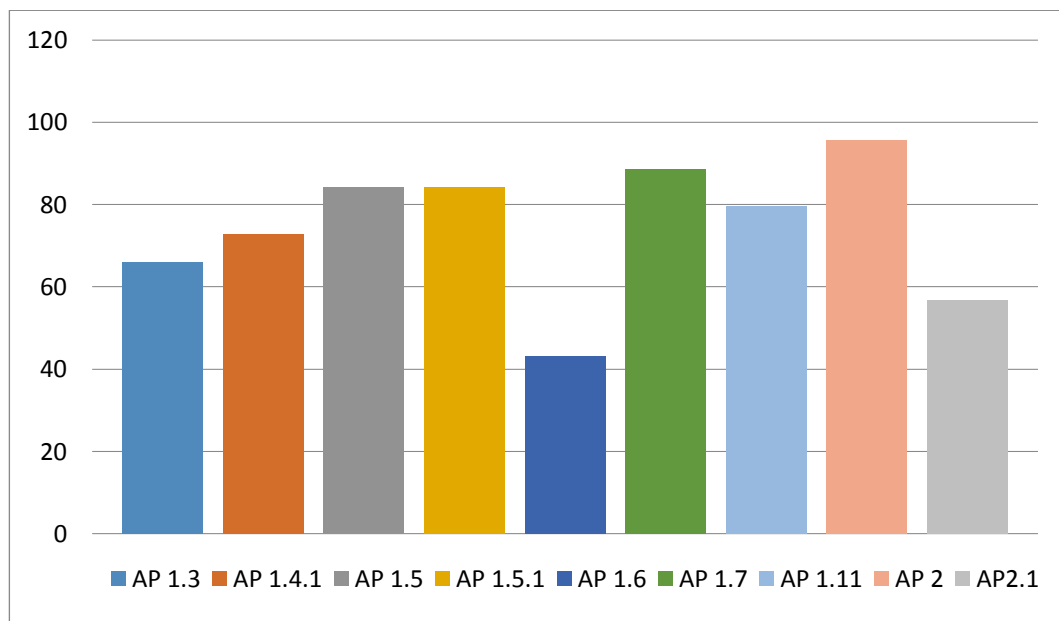
Gambar3. Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Manajemen Penggunaan Obat

Tabel 4. Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Asesmen Pasien

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	AP 1.3 Kebutuhan medis pasien dan keperawatan pasien			
	Ya	29	65,9	Lengkap
	Tidak	15	34,1	
	Tidak dilakukan	0	0	
2	AP 1.4.1 Asesmen medis dan keperawatan selama 24 jam, diupdate jika umur lebih dari 30 hari			
	Ya	32	72,7	Lengkap
	Tidak	12	27,3	
	Tidak dilakukan	0	0	
3	AP 1.5 Asesmen terdokumentasi dalam 24 jam setelah masuk dirawat			
	Ya	37	84,1	Lengkap
	Tidak	7	15,9	
	Tidak dilakukan	0	0	
4	AP 1.5.1 Asesmen medis terdokumentasi sebelum operasi			
	Ya	37	84,1	Lengkap
	Tidak	7	15,9	
	Tidak dilakukan	0	0	
5	AP 1.6 Asesmen gizi dan status fungsional			
	Ya	18	40,9	Kurang Lengkap
	Tidak	19	43,2	
	Tidak dilakukan	7	15,9	
6	AP 1.7 Asemen nyeri saat masuk			

	Ya	39	88,6	Lengkap
	Tidak	5	11,4	
	Tidak dilakukan	0	0	
7	AP 1.11 Asesmen awal untuk rencana keluar dari Rumah Sakit			
	Ya	35	79,5	Lengkap
	Tidak	9	20,5	
	Tidak dilakukan	0	0	
8	AP 2Asesmen setiap hari pada pasien akut (SOAP)			
	Ya	42	95,5	Lengkap
	Tidak	2	4,5	
	Tidak dilakukan	0	0	
9	AP 2.1 Asesmen awal masuk Rumah Sakit			
	Ya	25	56,8	Lengkap
	Tidak	18	40,9	
	Tidak dilakukan	1	2,3	

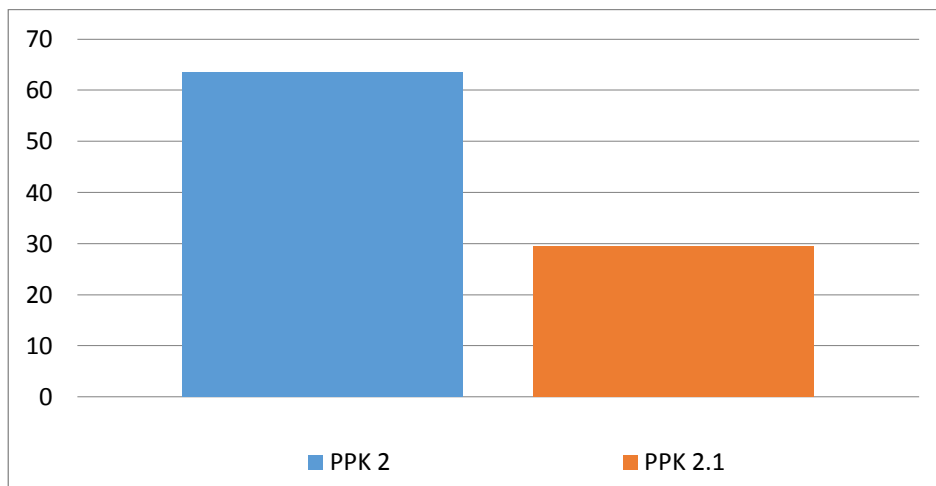
Keterangan : Lengkap >50%, kurang lengkap <50%, tidak lengkap 0%



Gambar 4Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah
Telusur Assemen Pasien

Tabel 5 Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Pendidikan Pasien dan Keluarga

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	PPK 2 Asesmen kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga			
	Ya	28	63,6	Lengkap
	Tidak	16	36,4	
	Tidak dilakukan	0	0	
2	PPK 2.1 Asesmen yang meliputi: budaya pasien dan keluarga, tingkat pendidikan dan bahasa, kendala emosional, fisik dan kognitif, ketersediaan pasien menerima informasi			
	Ya	13	29,5	Kurang Lengkap
	Tidak	31	70,5	
	Tidak dilakukan	0	0	



Gambar 5 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Pendidikan Pasien dan Keluarga

Keterangan : Lengkap >50%, kurang lengkap <50%, tidak lengkap 0%

Tabel 6 Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Manajemen Komunikasi dan Informasi

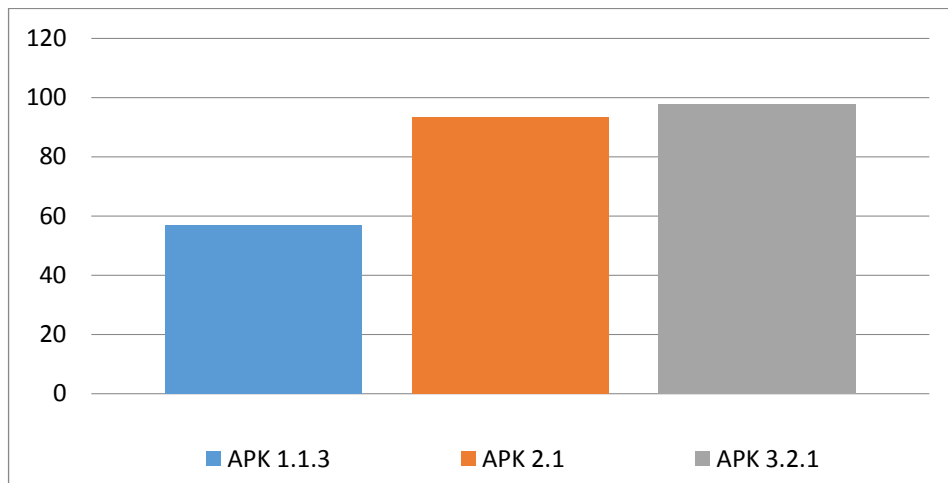
No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	MKI 19.3 Pencatatan , tanggal, waktu dari setiap entri data			
	Ya	43	97,7	Lengkap
	Tidak	1	2,3	
	Tidak dilakukan	0	0	

Keterangan : Lengkap >50%, kurang lengkap <50%, tidak lengkap 0%

Tabel 7 Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan)

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1	APK 1.1.3 Pencatatan setiap keterlambatan tindakan			
	Ya	25	58,6	Lengkap
	Tidak	16	36,4	
	Tidak dilakukan	3	6,8	
2	APK 2.1 Rencana asuhan pasien			
	Ya	43	93,2	Lengkap
	Tidak	1	6,8	
	Tidak dilakukan	0	0	
3	APK 3.2.1 Resume pulang memuat sebagai berikut : alasan dirawat dan diagnosis, temuan fisik penting, tindakan diagnostik dan prosedur yang dilakukan, obat yang diberikan termasuk obat setelah pulang, instruksi tindak lanjut			
	Ya	43	93,2	Lengkap
	Tidak	1	6,8	
	Tidak dilakukan	0	0	

Keterangan : Lengkap >50%, kurang lengkap <50%, tidak lengkap 0%



Gambar 6 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Akses Pelayanan dan Kontinuitas

Tabel 8 Hasil Wawancara Manfaat dari Dokumen Rekam Medis Terintegrasi

Responden	Axial	Theme
Dokter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepentingan pasien 2. Pelayanan lebih terpadu 3. Pelayanan terintegrasi 4. Tidak tumpang tindih 5. Komunikasi tertulis 6. Legalitas komunikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengedepankan kepentingan pasien secara kolaborasi dan komprehensif 2. Media informasi 3. Alat kontrol 4. Analisa obat dan makanan 5. Skrining Pasien
Perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manfaat keperawatan 2. Mengetahui plan selanjutnya. 	
Fisioterapis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat bermanfaat untuk melakukan intervensi ke pasien dari catatan medis dan paramedis sebelumnya. 	
Ahli gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat perkembangan pasien. 2. Melakukan intervensi sesuai keluhan pasien 3. Menskrining pasien 	
Apoteker	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengontrol bagian masing-masing 2. Mempermudah menganalisa efek samping 3. Memantau interaksi makanan dan obatan 4. Melihat catatan dari setiap profesi sehingga lebih komprehensif. 	

Tabel 9 Hasil Wawancara Kendala Pelaksanaan Rekam Medis Terintegrasi

Responden	Axial	Theme
Dokter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi 2. <i>Time Management</i> 3. SDM ahli gizi 4. Form CPPT 	<i>1. Time Management</i> 2.SDM ahli gizi 3.Komunikasi 4.Kedisiplinan 5.Form cppt yang kurang 6.Peran komite rekam medis
Perawat	Partisipasi	
Fisioterapis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membutuhkan kolom intervensi sendiri 2. Jarang komunikasi dengan tenaga medis lainnya 	
Ahli gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kekurangan tenaga 2. Tim gizi mengisi pada form gizi, jadi pada CPPT 	
Apoteker	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelatihan dan sharing evaluasi 2. Pemantauan berkala 	

Tabel 10 Hasil Wawancara Faktor Pendukung Pelaksanaan Rekam Medis Terintegrasi Implementasi dari *Patient Centred Care*

Responden	Axial	Theme
Dokter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya Form CPPT 2. Laporan dari perawat ke sejawat lain 3. Peran perawat lebih untuk menselaraskan masing-masing ahli 4. Pemantauan berkala dari RS 5. Kesadaran tiap profesi untuk menulis 6. Semangat dan kolaborasi antar profesi 7. Memahami tugas masing-masing 8. Pendistribusian pemberi layanan harus merata 	Rumah Sakit : <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring Evaluasi 2. Logistik 3. SDM Tenaga Medis: Kesadaran, Kerjasama dan tanggung jawab
Perawat	Kesadaran untuk mengisi	

Fisioterapis	1. Form CPPT yang sudah disiapkan RS 2. Kerjasama antar profesi	
Ahli gizi	Saling mendukung dari berbagai bidang	
Apoteker	1. Tenaga medis harus terbuka ke semuanya 2. Sudah adanya fasilitas form CPPT	

Tabel11 Hasil Wawancara Makna Sikap Profesional dalam Bekerja

Responden	Axial	Theme
Dokter	1. Mengutamakan patient Safety 2. Bekerja sesuai bagian masing-masing 3. Memberikan terapi sesuai indikasi medis 4. Menghargai pasien dan profesi lain 5. Bekerja sesuai SOP 6. Memberikan penjelasan dan edukasi ke pasien	Profesional : Mengedepankan kepentingan pasien, jujur, ikhlas, bekerja sesuai protapdan kompetensi masing - masing
Perawat	Bekerja sesuai dengan hati	
Fisioterapis	Bekerja sesuai bidang dan kompetensi sendiri	
Ahli gizi	Bekerja sesuai kompetensi profesi masing-masing	
Apoteker	a). Bertanggung jawab terhadap tugas masing-masing b). Disiplin waktu	

Tabel 12 Hasil Wawancara Pelaksanaan *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Axial	Theme
Dokter	1. Hampir sebagian sudah menerapkan IPE, kendalanya pasien banyak dan pegawai sedikit 2. Kurangnya waktu untuk berkolaborasi secara langsung	1. Sumber Daya Manusia 2. Waktu
Perawat	Belum maksimal karena kurangnya kesadaran masing-masing profesi	

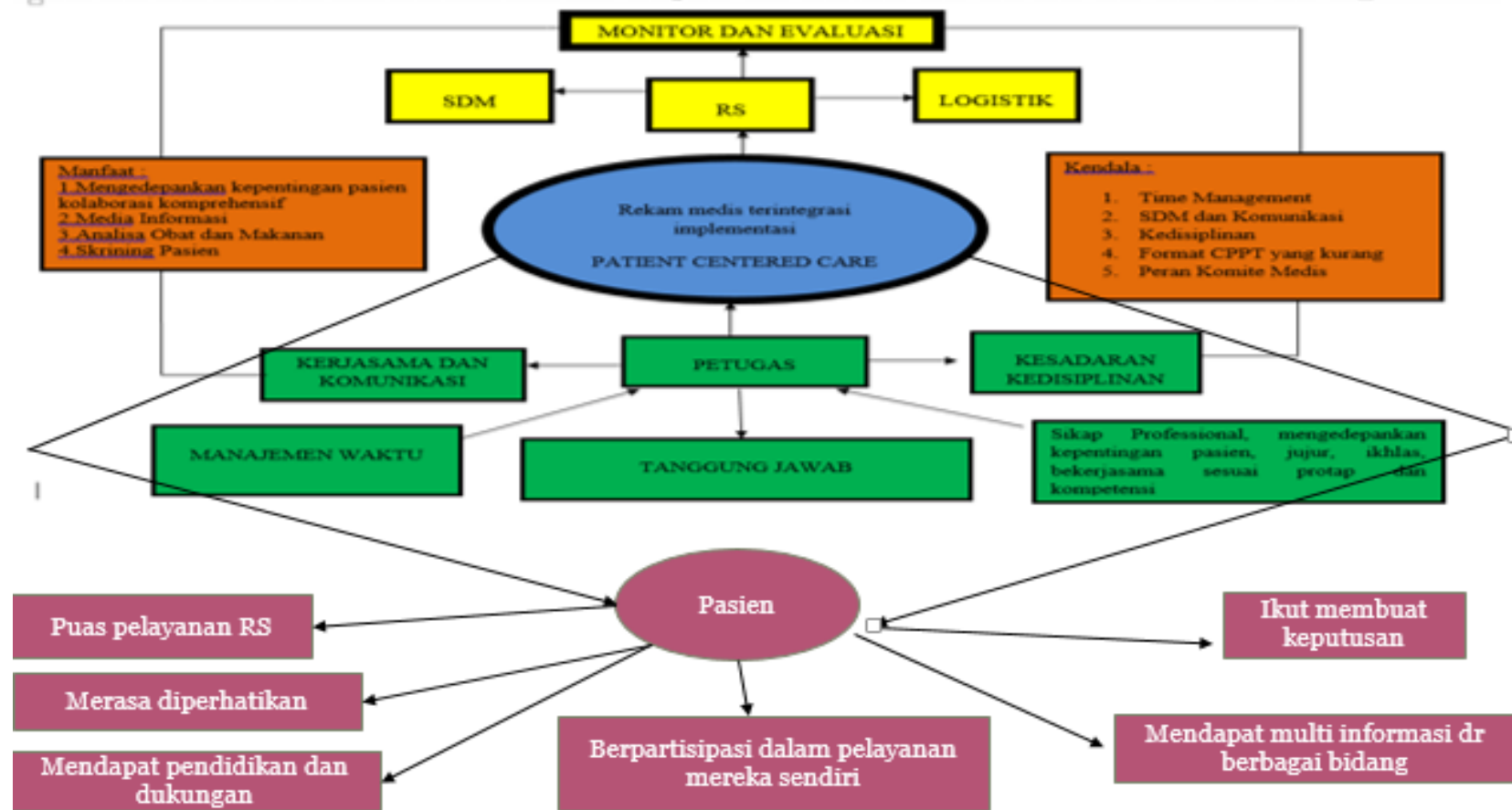
Fisioterapis	Belum semua bagian berpartisipasi dikarenakan kurangnya tenaga medis	
Ahli gizi	Belum maksimal karena kurangnya waktu dan jumlah tenaga medis	
Apoteker	Belum berjalan dengan baik karena keterbatasan orang dan sulit memadukan waktu	

Tabel 13 Hasil Wawancara Hubungan Antar Profesi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Axial	Theme
Dokter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan sudah bagus 2. Pembagian wewenang sudah dilakukan dengan baik 3. Pengambilan keputusan bersama sudah dilakukan 4. Saling membantu antar profesi 	Kerjasama yang baik
Perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembagian wewenang belum baik 2. Hubungan antar profesi sudah baik 3. Duduk bersama untuk melakukan diskusi jika ada masalah 	
Fisioterapis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan sudah baik 2. Pembagian wewenang sesuai kompetensi masing-masing 3. Sulit mengambil keputusan bersama 	
Ahli gizi	Belum maksimal karena kurangnya waktu dan jumlah tenaga medis	
Apoteker	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan antar profesi sudah baik 2. Jika ada masalah disiskusikan bersama 3. Bekerja sesuai dengan bagian masing-masing 	

Tabel 14 Hasil Wawancara Pasien Tentang Perawatan yang diberikan Rumah Sakit

Responden	Axial	Theme
Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puas dengan perawatan yang diberikan RS 2. Perawat mengarahkan pasien tentang masalah administrasi 3. Dokter dan fisioterapi sudah memberikan pelayanan dan informasi tentang penyakit dengan baik 4. Apoteker dan bagian gizi jarang datang ke pasien 5. Kekurangan ruang tunggu pasien 	Kepuasan pasien



Gambar7 Catatan rekam medis terintegrasi implementasi dari *Patient Centered Care*

Pembahasan

1. Proses Pengisian Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Pasien datang dimulai dari proses registrasi dan wawancara oleh petugas administrasi dibagian pendaftaran. Tujuan dari Proses registrasi dan wawancara adalah untuk pengisian identitas untuk pasien baru yang kemudian dilanjutkan dengan pemberian kartu pasien disertai dengan barcode yang berisi nomor rekam media yang harus dibawa oleh pasien pada saat kunjungan kembali ke rumah sakit. Sedangkan pasien lama hanya mendaftar dan menyerahkan kartu pasien yang kemudian akan dicarikan berkas rekam medis oleh petugas bagian administrasi.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih menggunakan rekam medis konvensional dimana data pasien ditulis secara manual diatas kertas. Kendala rekam medis manual menimbulkan masalah pada pelayanan karena berisiko terjadinya kehilangan rekam medis, tulisan tangan dokter tidak jelas sehingga kemungkinan menimbulkan persepsi yang keliru, adanya data yang tidak diisi dengan lengkap, dan waktu pencarian dokumen yang lambat ketika dibutuhkan.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Pourasghar,et al (2008)¹, yang hasilnya yaitu 300 rekam medis memiliki kualitas buruk dan dari hasil interview diketahui tulisan tangan yang jelek, hilangnya lembaran dokumentasi dan dokumentasi yang tidak sempurna merupakan masalah

yang ditimbulkan dari paper medical record dan alasan utama terjadinya masalah ini karena beban kerja dokter dan perawat yang tinggi saat ini.

2. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Dari hasil analisis dokumen rekam medis pasien bedah pada bulan Februari - Mei 2016 diperoleh data kelengkapan rekam medis. Poin yang diamati dalam pengisian Format telaah telusur rekam medis tertutup meliputi 7 Standar akreditasi Rumah Sakit versi 2012 , yang merupakan kelompok standar Pelayanan berfokus Pasien (*Patient Centered Care*)antara lain :

- a. Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) yang meliputi :
APK 1.1.3 Pencatatan setiap keterlambatan tindakan sebesar 56,8% (lengkap), APK 2.1 Rencana Asuhan Pasien sebesar 93,2% (lengkap), APK 3.2.1 Resume pulang yang memuat alasan dirawat dan diagnosis, temuan fisik penting, tindakan diagnostik dan prosedur yang dilakukan, obat yang diberikan termasuk obat setelah pulang, instruksi tindak lanjut sebesar 97,7% (lengkap).
- b. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) yang meliputi: HPK 6.3 Persetujuan umum sebesar 100% (lengkap) , HPK 6.4 Persetujuan operasi dan tindakan invasif, anestesi dan sedasi, transfusi darah dan produk darah, tindakan dan prosedur risiko tinggi sebesar 88,6% (lengkap).
- c. Assesmen Pasien (AP) yang meliputi : AP 1.3 Kebutuhan medis pasien dan keperawatan pasien sebesar 65,9% (lengkap), AP 1.4.1 Assesmen

medis dan keperawatan selama 24 jam, diupdate jika umur lebih dari 30 hari sebesar 72,7% (lengkap), AP 1.5 Assesmen terdokumentasi dalam 24 jam setelah masuk dirawat sebesar 84,1% (lengkap), AP 1.5.1 Assesmen medis terdokumentasi sebelum operasi sebesar 84,1% (lengkap), AP 1.6 Assesmen gizi dan status fungsional sebesar 43,2% (kurang lengkap), AP 1.7 Assesmen nyeri saat masuk sebesar 88,6% (lengkap) , AP 1.11 Assesmen awal untuk rencana keluar dari RS sebesar 79,5% (lengkap), AP 2 Assesmen setiap hari pada pasien akut (SOAP) sebesar 95,5% (lengkap) , AP 2.1 Assesmen awal masuk RS sebesar 56,8% (lengkap).

- d. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) yang meliputi : PPK 2 Assesmen kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga sebesar 63,6% (lengkap), PPK 2.1 Assesmen yang meliputi budaya pasien dan keluarga, tingkat pendidikan dan bahasa, kendala emosional, fisik dan kognitif, ketersediaan pasien menerima informasi sebesar 29,5% (lengkap).
- e. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) yang meliputi : PAB 5.1 Risiko, keuntungan, komplikasi, dan anestesi alternatif sebesar 22,7% (kurang lengkap), PAB 7.1 Risiko, keuntungan, komplikasi, dan alternatif operasi sebesar 22,7% (kurang lengkap), PAB 3 Assesmen pra sedasi, monitoring selama sedasi, kriteria sadar kembali sebesar 84,1% (lengkap), PAB 4 Assesmen pra anestesi dan pra Induksi sebesar 95,5% (kurang lengkap).

- f. Manajemen Penggunaan Obat (MPO) yang meliputi : MPO 4 Daftar obat yang diminum sebelum dirawat sebesar 38,6% (kurang lengkap), MPO 4.3 Jenis obat yang diresepkan dicatat di rekam medis sebesar 100% (lengkap), MPO 7 Efek obat yang tidak diharapkan sebesar 50% (kurang lengkap).
- g. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) yang meliputi : MKI 19.3 Pencatatan, tanggal, waktu, setiap entry data sebesar 97,7% (lengkap).

Dari kesemua aspek tersebut urutan rata-rata kelengkapan pengisian rekam medis pasien bedah dan anestesi pada bulan Maret – Mei 2016 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Hasil observasi ini sesuai dengan hasil wawancara peneliti terhadap informan dan hasil perhitungan persentase 7 aspek penilaian akreditasi RS versi 2012, bahwa kelengkapan rekam medis di RS PKU Muhammadiyah sudah sangat baik mencapai 79,16%, dimana menurut katagori standar akreditasi RS versi 2012 >50% adalah lengkap. Menurut informan beberapa penyebab kelengkapan rekam medis terintegrasi di RS PKU Muhammadiyah tidak mencapai 100% antara lain :

- 1) Masih ada tenaga medis yang kurang sadar terhadap kepentingan rekam medis
- 2) Pasien yang banyak
- 3) Beban kerja yang tinggi

- 4) Tidak memiliki cukup waktu
- 5) Malas atau enggan
- 6) Capek
- 7) Otoritas dokter yang tinggi
- 8) Evaluasi yang belum kontinyu
- 9) Sumber daya manusia pada bagian gizi yang masih kurang
- 10) Punishment dari direksi yang belum terlaksana
- 11) Form CPPT yang masih kurang sesuai

Selain itu pihak dari wawancara kepada salah satu informan yang juga merupakan salah satu direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mengatakan bahwa memang untuk proses evaluasi kelengkapan belum berjalan secara maksimal, pelaporan kelengkapan masih belum rutin dilakukan juga tindak lanjut atau punishment yang diharapkan dikeluarkan oleh direksi bagi yang tidak lengkap dalam mengisi rekam medis juga belum dilaksanakan sampai sekarang. Pengisian rekam medis terintegrasi ini merupakan implementasi dari *Patient Centered Care* yang membutuhkan kesadaran setiap profesi, kolaborasi, dan kerjasama yang baik.

Salah satu teori mengatakan bahwa kelengkapan dalam pengisian rekam medis tergantung kepada beberapa factor sumber daya kesehatan, factor sarana dan prasarana, factor metode, serta pembiayaan dan pengawasan terhadap rekam medis, factor sumber daya kesehatan, terutama dokter, paramedic dan petugas pengisian

rekam medis lainnya. Faktor sarana dan prasarana yaitu dengan adanya lembar formulir status dan tempat atau fasilitas untuk pengisian rekam medis. Faktor metode yaitu adanya petunjuk standar operasional prosedur yang ada. Faktor pembiayaan dan pengawasan yaitu perlu adanya anggaran yang memadai untuk pengolahan data rekam medis perlu adanya pengawasan yang dilakukan secara berkesinambungan dan bertanggungjawab.

Penyelenggaraan rekam medis terintegrasi implementasi *Patient Centered Care* pada suatu sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan pada institusi tersebut. Berdasarkan data pada rekam medis maka dapat dinilai apakah pelayanan yang diberikan sudah cukup baik mutunya apa belum.

Berdasarkan surat keputusan Dirjen Pelayanan Medik Nomor. 789/Yanmed/RSU/mdik/YMU/I/91² tentang penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit maka setiap rumah sakit wajib membuat rekam medis namun sampai saat ini kurang lengkapnya kelengkapan rekam medis merupakan hal yang banyak ditemui di setiap rumah sakit tak terkecuali di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Dari hasil observasi dokumen rekam medis rawat inap yang diisi oleh dokter di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, ditemukan bahwa ada beberapa dokter tidak mengisi dokumen rekam medis dengan lengkap, kelengkapan pengisian rekam medis oleh dokter di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta mencapai

79,16% dokumen rekam medis, berdasarkan perhitungan presentase kelengkapan pengisian 7 aspek standar akreditasi versi 2012. Namun hal ini sudah dalam kategori lengkap sesuai standar penilaian akreditasi RS versi 2012.

Hal tersebut sedikit jauh dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumbodo (2005)³ yang menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap di RSUD Kota Yogyakarta yang terisi lengkap baru 63,2 %.

Kendala lain yang mempengaruhi lengkap atau tidaknya pengisian rekam medis adalah jumlah pasien. Jumlah pasien yang banyak menyebabkan keterbatasan waktu pengisian sehingga dokter dengan jumlah pasien yang banyak cenderung mengabaikan pengisian rekam medis dengan alasan semua pelayanan telah tercatat di buku visite.

Samil (1994)⁴ menyatakan bahwa tanggung jawab utama kelengkapan pengisian rekam medis terletak pada dokter yang merawat tanpa harus memperdulikan ada atau tidaknya bantuan yang diberikan oleh staf medis lain di rumah sakit dalam melengkapi rekam medis. Dokter mengemban tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis.

Rekam medis yang berkualitas berarti rekam medis tersebut berisi data yang lengkap yang dapat diolah menjadi informasi,

sehingga memungkinkan dilakukannya evaluasi terhadap kinerja pelayanan kesehatan.

Sandric dan Hafisium seperti dikutip oleh Boekitwetan (1996)⁵ menyatakan bahwa mutu rekam medis yang baik salah satunya apabila memenuhi indikator kelengkapan ini.

Berdasarkan hal tersebut maka kelengkapan rekam medis di rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta bisa dikatakan lengkap.

Kendala lain yang ditemui adalah kompleksitas formulir rekam medis dimana terdapat beberapa data yang dianggap tidak perlu ada pengulangan seperti identitas dan lembar anamnesa sehingga sebagian besar tidak diisi.

Dari hasil observasi diketahui bahwa pengulangan nama terang memang ada di setiap lembar rekam medis yang menjadi satu kesatuan yang oleh petugas biasanya diisi hanya pada lembar depan saja. Dilembaran selanjutnya dibiarkan kosong dengan alasan cukup satu kali penulisan sudah bias diketahui rekam medis tersebut milik pasien yang sama.

Hal ini sejalan dengan suwardjo (2002)⁶ yang menyatakan bahwa formulir yang dibuat untuk rekam medis pasien seharusnya memuat data-data yang diperlukan yang sesuai dengan kebutuhan seorang pasien untuk tindakan pengobatan dan perawatan yang diberikan oleh rumah sakit.

Pola dan bentuk rekam medis yang sederhana diperlukan agar mudah dimengerti oleh penggunanya. Sederhana tetapi memuat informasi yang baik, padat sesuai dengan kebutuhan serta tidak menyimpang dari prosedur atau ketentuan yang berlaku.

Sesuai dengan revisi Pedoman Pengelolaan Rekam Medis rumah sakit, surat Keputusan dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Nomor YM.00.03.2.2.1296/1996⁷ maka personil rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapannya. Personil rekam medis harus berpegang pada pedoman sesuai sebagai berikut :

- 1) Semua diagnosis ditulis dengan benar pada lembaran masuk dan keluar sesuai dengan istilah hokum yang dipergunakan, semua diagnosa serta tindakan pembedahan yang dilakukan dicatat. Simbol dan singkatan jangan dipergunakan.
- 2) Dokter merawat menulis tanggal dan tanda tangannya pada sebuah catatan, serta telah menandatangani juga catatan yang ditulis oleh dokter lain. Pada rumah sakit pendidikan yaitu riwayat pendidikan, pemeriksaan fisik dan resume, lembaran ringkasan masuk dan keluar tidak cukup apabila hanya ditanda tangani oleh seorang dokter.
- 3) Bahwa laporan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik dalam keadaan lengkap dan berisi data penemuan baik yang positif maupun negative.

- 4) Catatan perkembangan, memberikan gambaran kronologis dan analisis klinis keadaan pasien. Frekuensi catatan ditentukan oleh keadaan pasien.
- 5) Hasil laboratorium dan X-Ray dicatat dicantumkan tanggalnya serta ditandatangani oleh pemeriksa.
- 6) Semua tindakan pengobatan medis ataupun tindakan pembedahan harus ditulis dan dicantumkan tanggal serta ditandatangani oleh pemeriksa.
- 7) Semua konsultasi yang dilaksanakan harus sesuai dengan peraturan staf medis, harus dicatat secara lengkap serta ditandatangani, hasil konsultasi mencakup penemuan konsulen pada pemeriksaan fisik terhadap pasien termasuk juga pendapat dan rekomendasinya.
- 8) Pada kasus observasi, catatan prenatal dan persalinan dicatat secara lengkap mencakup hasil test dan semua pemeriksaan pada saat prenatal sampai masuk rumah sakit. Jalannya persalinan dan kelahiran sejak pasien masuk rumah sakit juga harus dicatat secara lengkap.
- 9) Catatan perawat dan catatan prenatal rumah sakit yang lain tentang observasi dan pengobatan yang diberikan harus lengkap disertai cap dan tanda tangan.
- 10) Resume telah ditulis pada saat pasien pulang. Resume harus berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan dan kejadian penting

selama pasien dirawat, keadaan waktu pulang termasuk saran dan rencana pengobatan selanjutnya.

11) Bila otopsi dilakukan, diagnose anatomi dicatat segera (dalam waktu kurang dari 72 jam) keterangan yang lengkap harus dibuat digabungkan dalam rekam medis.

Berdasarkan pedoman tersebut maka unit rekam medis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah melakukan tugas dan tanggung jawab secara maksimal.

Semua tenaga medis harus terlibat dalam pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi. Baik dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis, dan apoteker. Hal ini merupakan implementasi dari *Patient Centered Care*.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis, apoteker, dan pasien itu mengatakan sudah melakukan kegiatan *Patient Centered Care* namun belum maksimal 100%. Kendalanya adalah kekurangan waktu untuk berkolaborasi secara langsung, kurangnya tenaga medis pada bagian gizi sehingga belum semua profesi terlibat, pasien yang banyak sehingga pelayanan tidak bisa optimal. Namun, para tenaga medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah menerapkan sikap profesional yaitu mengutamakan *patient safety*, bekerja sesuai kompetensi masing-masing, dan bertanggung jawab. Untuk pembagian waktu, peran tenaga kesehatan, hubungan staff, mix skill, pembagian wewenang, dan pengambilan keputusan bersama

sudah dilakukan dengan baik walaupun belum maksimal. Hasilnya pasien sudah merasa cukup puas dengan pelayanan yang diberikan Rumah Sakit.

Pelayanan yang berfokus pasien (*Patient Centered Care*) membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama, meminimalkan miskomunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Patricia and Nancy, 2004, Frelita, Situmorang, & Silitonga, 2011)⁸.

Ada 4 Konsep inti yang ada dalam konsep PCC (*Patient Centered Care*) dalam PFCC 2007, Benchmarking Project, Executive Summary and Strategy Map yaitu : martabat dan respek, berbagi informasi, partisipasi, dan kolaborasi. Hal ini sudah diterapkan oleh tenaga medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Tidak lain tujuannya adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit.

Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Dwijayanto (2007)⁹ berjudul “ Hubungan konsep patient centered care dalam menurunkan Angka Kejadian Malpraktek di RSUD Daerah Tangerang Selatan Tahun 2007”. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan deskriptif dengan rancangan penelitian retrospektif. Pengumpulan data dilaksanakan dengan

menelaah hasil laporan yang tersedia selama 3 tahun sebelumnya. Hasil dari penelitian ini adalah kejadian malpraktik di RSI Daerah Tangerang Selatan menurun hingga 62% sejak diterapkannya konsep *Patient Centered Care* di RSU Daerah Tangerang Selatan tahun 2004.

Kesimpulan

1. Pelaksanaan Catatan Rekam Medis Terintegrasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sesuai standar akreditasi RS versi 2012 sudah lengkap yaitu mencapai 79,16%.
2. Petugas/ tenaga medis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah memenuhi karakteristik RS yang profesional yaitu memiliki kesadaran yang tinggi, sikap profesional, kerjasama yang baik, tanggung jawab, dan hubungan baik antar profesi.
3. Aspek Organisasi dalam pelaksanaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi implementasi *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih membutuhkan peran Rumah Sakit seperti monitoring dan evaluasi, logistik, dan sumber daya manusia pada bagian gizi. Tujuannya agar pasien mendapat pelayanan yang terkolaborasi dari semua profesi, perawatan lebih optimal, kepuasan meningkat dan lebih efisien biaya maupun waktu, perencanaan pasien jelas dan terarah, rencana pemulangan pasien jelas; format lebih sederhana, beban kerja menulis berkurang, lebih komunikatif dan lebih kolaboratif, tindakan lebih jelas dan meminimalkan kejadian overlapping, pelayanan lebih berfokus pasien, berkelanjutan dan terintegrasi, sebagai alat komunikasi

dan bukti otentik agar tercapai pelayanan prima, lebih hemat biaya, citra Rumah Sakit meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pourasghar, F., Kazemi, A., Malekafzali, h, Ellenius, J., and Fors, U., (2008), *What they fill in today, may not be useful tomorrow : Lesson Learned from Studying Medical records at the Woman Hospital in Tabriz, Iran*, BMC public health, vol.8
2. Dirjen Pelayanan Medik. Keputusan Dirjen Pelayanan Medik Nomor. 78/Yanmed/RS/Umdik/YMU/I/91 Tentang penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit. In:Jakarta:1991
3. Sumbodo, Edi (2005), Kelengkapan Pengisian Rekam Medis rawat inap dan pertanggungjawabannya secara hukum, di RSUD Kota Yogyakarta , Tesis, Program Pascasarjana IKM UGM, Yogyakarta
4. Samil, S. Etika Kedokteran Indonesia, Fakultas Kedokteran Indonesia , Jakarta:1994
5. Boekitwetan P. Faktor-faktor yang berhubungan dengan mutu rekam medis instalasi rawat inap RSU Fatmawati (1996).Tesis . Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta
6. Suwardjo S. *Analisis factor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi mutu rekam medis pasien rawat inap obstetric dan ginekologi dan penyakit dalam di Rumah Sakit Honori Tangerang* (2002). Tesis, Pascasarjana UGM, Yogyakarta
7. Depkes RI. Pedoman pengelolaan rekam medis Rumah Sakit di Indonesia. In: Jakarta: Depkes RI; 1997
8. Frelita, G., Situmorang, T.J., &Silitonga, D.S. 2011. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4 th ed. Oakbrook Terrace, Illinois 60181 U.S.A.
9. Dwiyanto, A. 2007.*Penerapan Hospital by Laws Dalam Meningkatkan Patient Safety di RumahSakit.[Thesis]*. Semarang: Program Pascasarjana UNIKA Soegijapranata.