

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Rekam Medis**

###### **a. Pengertian**

Berkas rekam medis adalah naskah-naskah atau berkas-berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan penyakit lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. (Depkes:2002).

###### **b. Kegunaan Rekam Medis**

- 1) Administrasi data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya.
- 2) Hukum atau *Legal*, sebagai bukti hukum yang dapat memberi perlindungan hukum terhadap pasien, provider kesehatan (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan.
- 3) Keuangan atau *Financial*, setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar maka dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien, selain itu jenis dan jumlah kegiatan pelayanan yang tercatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.

- 4) Penelitian atau *Research*, berbagai macam penyakit yang telah dicatat ke dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk melakukan penelusuran guna kepentingan penelitian.
- 5) Pendidikan atau *Education*, para mahasiswa atau pendidik atau peneliti dapat belajar dan mengembangkan ilmunya dengan menggunakan dokumen rekam medis.
- 6) Sejarah atau dokumentation, Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban laporan rumah sakit.

Menurut Huffman EK, RRA (1999: 25) dokumen rekam medisterdiri dari beberapa lembar formulir, beberapa formulir sering kali tidak lengkap dalam pengisian atau penulisannya di setiap item-itemnya, untuk mengetahui ketidak lengkapan formulir tersebut perlu dilakukan analisa kuantitatif. Analisa kuantitatif adalah suatu review area tertentu catatan medis untuk mengidentifikasi spesifik.

**c. Resume Medis menurut JCI (*Joint Commision International*)**

Resume dapat dipergunakan oleh praktisi kesehatan yang bertanggung jawab untuk pelayanan selanjutnya dan termasuk :

- 1) Alasan masuk rumah sakit.
- 2) Identitas Pasien
- 3) Penemuan kelainan fisik dan lainnya yang penting.
- 4) Prosedur diagnosis dan pengobatan yang telah dilakukan.

- 5) Pemberian medikamentosa dan pemberian obat waktu pulang.
- 6) Status atau kondisi pasien waktu pulang.
- 7) Instruksi *follow-up* atau tindak lanjut.

**d. Elemen Penilaian**

- 1) Resume pelayanan pasien pulang berisi alasan pasien dirawat, diagnosis dan penyakit penyertanya
- 2) Resume pelayanan pasien pulang berisi kelainan fisik dan hal lain yang ditemukan.
- 3) Resume pelayanan pasien pulang berisi prosedur diagnosis dan pengobatan yang telah dilakukan.
- 4) Resume pelayanan pasien pulang berisi pemberian medikamentosa termasuk obat waktu pulang.
- 5) Resume pelayanan pasien pulang berisi keadaan atau status pasien pulang.
- 6) Resume pelayanan pasien pulang berisi instruksi untuk tindak lanjut.

**2. Patient Safety**

**a. Definisi**

Keamanan adalah prinsip yang paling fundamental dalam pemberian pelayanan kesehatan maupun keperawatan, dan sekaligus aspek yang paling kritis dari manajemen kualitas. Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang

disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan risiko (Depkes 2008).

**b. Tujuan *Patient Safety***

- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
- 2) Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
- 3) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
- 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan
- 5) Menciptakan lingkungan yang aman bagi karyawan dan pengunjung
- 6) Mempertahankan reputasi RS
- 7) Memberikan pelayanan yang efektif dan efisien.

*(Joint Commission International, 2010).*

**c. Manfaat *Patient Safety***

- 1) Budaya keamanan meningkat dan berkembang
- 2) Komunikasi dengan pasien berkembang
- 3) Kejadian tidak diharapkan (KTD) menurun
- 4) Risiko klinis menurun

- 5) Keluhan berkurang
- 6) Mutu pelayan Rumah Sakit meningkat
- 7) Citra Rumah Sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti dengan kepercayaan diri yang meningkat(*Joint Commission International*, 2010).

**d. Tujuh Standar Keselamatan Pasien**

Standar keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pasal 7 ayat (2) meliputi:

1) Hak pasien

Standarnya adalah pasien & keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana & hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan). Kriterianya adalah sebagai berikut:

- a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

## 2) Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah RS harus mendidik pasien & keluarganya tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- a) Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
- c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
- f) Memerlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

## 3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;

Standarnya adalah RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- b) Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya

- c) Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
  - d) Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan
- 4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Standarnya adalah RS harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta Keselamatan Pasien dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
  - b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
  - c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
  - d) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- a) Pimpinan dorong dan jamin implementasi program Keselamatan Pasien melalui penerapan "7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien RS".
  - b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko Keselamatan Pasien dan program mengurangi KTD.

- c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang Keselamatan Pasien.
- d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja RS serta meningkatkan Keselamatan Pasien.
- e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja RS dan Keselamatan Pasien, dengan kriteria sebagai berikut:
  - (1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
  - (2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
  - (3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi.
  - (4) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
  - (5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden.
  - (6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden.



- (7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
- (8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
- (9) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Komponen dalam asuhan pasien terintegrasi :

- a) PPA sebagai tim interdisiplin dan DPJP sebagai *Clinical Leader*, Kolaborasi Interprofesional
- b) *Integrated Clinical Pathway*
- c) *Integrated Discharge Planning*
- d) *Case Manager* / Manajer Pelayanan Pasien
- e) Asuhan Gizi Terintegrasi
- f) Keterlibatan Pasien–Keluarga



Gambar 2.1. Asuhan pasien terintegrasi

- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
  - a) RS memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan Keselamatan Pasien secara jelas.
  - b) RS menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien, dengan kriteria sebagai berikut:
    - (1) Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
    - (2) Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.

(3) Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayanipasien.

#### 7) Komunikasi

Merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Standarnya adalah:

a) RS merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.

b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat, dengan kriteria sebagaiberikut:

(1) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.

(2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

### 3. *Patient centered care*

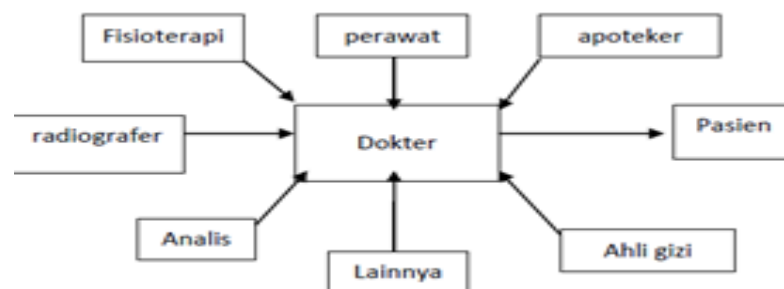
#### a. **Definisi**

Menurut Institute for *Patient-Family Centered Care* (2012) Pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga adalah suatu pendekatan dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi pelayanan kesehatan yang berbasis pada kemitraan yang saling memberikan manfaat antara penyedia pelayanan, pasien, dan keluarga.

Menurut Australian Commission on Safety and Quality in Health care (ACSQHC) *patient centered care* adalah suatu pendekatan inovatif terhadap perencanaan, pemberian, dan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pemberi layanan kesehatan, pasien dan keluarga. *Patient centered care* diterapkan kepada pasien dari segala kelompok usia, dan bisa dipraktekkan dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan ( Lumenta, 2012 ).

**b. Perbedaan Model Tradisional dengan *Patient centered care***

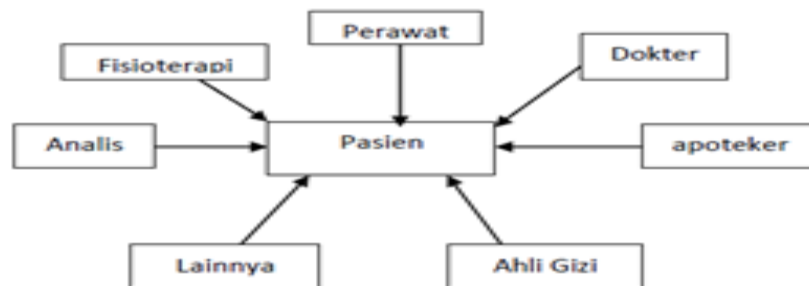
Pada model tradisional dalam pelayanan kesehatan, dokter merupakan unit sentral atau pusat dalam model pelayanan kesehatan.



Gambar 2.2 Model Tradisional Pelayanan Kesehatan ( Lumenta,2012)

Pada model tradisional pelayanan kesehatan ini, pasien dan keluarga “dibangun” patuh tanpa syarat kepada keahlian pada profesional layanan kesehatan yang peternalistik. Model patient centered care merupakan pendekatan yang lebih modern dalam pelayanan kesehatan sekarang. Model ini telah menggeser semua pemberi pelayanan kesehatan menjadi di sekitar pasien dan berfokus

kepada pasien. Pada model *patient centered care* ini diberlakukan kemitraan yang setara ( Sodomka,2006 ).



Gambar 2.3 Model patient centered care (Lumenta,2012)

### c. Konsep Inti *Patient centered care*

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.

#### 1) Martabat dan Respek

Dalam aspek ini, sikap seorang tenaga kesehatan mendengarkan, peduli dan menghormati pilihan pasien. Pengetahuan, nilai-nilai yang dianut, dan background Pasien, Perawat, Fisioterapi, Analis Dokter apoteker Lainnya Ahli Gizi budaya pasien ikut berperan penting selama perawatan pasien dan menentukan outcome pelayanan kesehatan kepada pasien. Kultur (kebudayaan) adalah determinan paling fundamental dari keinginan dan perilaku seseorang. Seorang anak memperoleh serangkaian nilai, persepsi, preferensi dan perilaku melalui keluarganya (Thamrin,2012). Aspek martabat dan respek dalam

konsep *patient centered care* adalah perilaku seorang perawat yang mencerminkan sikap caring saat melaksanakan pelayanan kesehatan. Perilaku caring mengandung 3 hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab, dan dilakukan dengan ikhlas (Dwidyanti,2009). Perilaku caring memiliki inti yang sama yaitu sikap peduli, menghargai dan menghormati orang lain,memperhatikan, dan mempelajari kesukaan seseorang serta cara berpikir dan bertindak.

## 2) Berbagi Informasi Komunikasi

Dalam menginformasikan sesuatu kepada konsumen layaknya dilakukan dengan efektif. Tanpa komunikasi yang efektif di berbagai pihak, pola hubungan yang kita sebut organisasi tidak akan melayani kebutuhan seorang konsumen dengan baik (Nugroho J. Setiadi, 2013). Dalam hal ini, mengkomunikasikan dan menginformasikan secara lengkap mengenai kondisi pasien dan hal- hal yang berkaitan dengan pasien, maupun program perawatan dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Memberikan Informasi secara lengkap dapat membantu dalam perawatan pasien, meningkatkan pengetahuan pasien dan pembuatan keputusan( PFCC, 2007).

### 3) Partisipasi

Pasien dan keluarga dilibatkan dan di-support untuk ikut serta dalam perawatan dan pembuatan keputusan (PFCC,2010). Partisipasi adalah hal yang dapat mendorong peran serta pasien dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan pasien. Keterlibatan atau partisipasi adalah status motivasi yang menggerakkan serta mengarahkan proses kognitif dan perilaku konsumen pada saatn mereka mengambil keputusan ( Nugroho J. Setiadi, 2013).

### 4) Kolaborasi

Tenaga kesehatan mengajak pasien dan keluarga pasien dalam membuat kebijaksanaan, perencanaan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi program yang akan didapatkan oleh pasien ( Kusumaningrum,2009).

Planetree, pemimpin *patient centered care* yang diakui secara internasional telah menunjukkan langkah besar dalam memajukan konsepnya. Model perawatan planetree adalah pendekatan holistic berpusat pada pasien yang mempromosikan penyembuhan mental, emosional, spiritual, social, dan fisik, sebagian dengan memberdayakan pasien dan keluarga melalui pertukaran informasi (Cliff,2012).

Salah satu model desain dari *patient centered care* adalah Planetree model yang mempunyai konsep ( Dewi,2011) :

- a) Pasien memiliki hak untuk membuka dan komunikasi yang jujur dalam kepedulian dan kehangatan lingkungannya.
- b). Para pasien,keluarga dan staf professional mempunyai peran yang vital dalam tim.
- c). Pasien bukan unit yang diisolasi namun anggota dari keluarga,komunitas dan sebuah budaya.
- d). Pasien adalah seorang individu dengan hak, tanggungjawab, dan pilihan tentang gaya hidup.
- e). Sebuah lingkungan yang mendukung, ramah dan peduli adalah komponen penting yang memberikan kesehatan berkualitas tinggi.
- f). Lingkungan fisik sangat penting untuk proses penyembuhan dan harus dirancang untuk mempromosikan penyembuhan dan pembelajaran, serta pasien dan keluarga berpartisipasi dalam perawatan.

**d. Aspek *Patient Centered Care***

Standar Akreditasi RS versi 2012 mengharuskan menyelenggarakan pelayanan terintegrasi pada pelayanan-pelayanan sebagai berikut :

- 1) Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
- 2) Hak Pasien dan Keluarga ( HPK)



- 3) Assesmen Pasien (AP)
- 4) Pelayanan Pasien (PP)
- 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- 6) Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
- 7) Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

**e. Konsep lama *System-centered care***

Konsep lama dari *system-centered care* yaitu :

- 1) Konsep keluarga dipertentangkan
- 2) Definisi keluarga masih dipertentangkan
- 3) Ketidakmampuan pasien dan keluarga
- 4) Majunya teknologi dan biomedis, meletakkan nilai interaksi manusia dalam perawatan kesehatan pada posisi bawah
- 5) Digerakkan oleh system ( Kusumaningrum,2009)

**f. Fokus baru *Patient centered care***

Fokus baru *patient centered care* yaitu :

- 1). Menghormati
- 2). Kekuatan
- 3). Pilihan
- 4). Fleksibel
- 5). Informasi
- 6). Support
- 7). Kolaborasi
- 8). Pemberdayaan

Alasan dilakukan *patient centered care*:

- 1). Membangun sistem kolaborasi dari pada kontrol
- 2). Berfokus pada kekuatan dan sumber-sumber keluarga daripada kelemahan keluarga
- 3). Mengakui keahlian keluarga dalam merawat pasien seperti sebagaimana professional
- 4). Membangun pemberdayaan daripada ketergantungan
- 5). Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga, dan pemberi pelayanan daripada informasi hanya diketahui oleh profesional.
- 6). Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku (Kusumaningrum,2009).

**g. Deklarasi *Patient Centered Healthcare***

Deklarasi *patient centered healthcare* berdasarkan *International Alliance of Patients Organization*( IAPO) yaitu :

- 1). Sistem kesehatan di semua bagian dunia ada dibawah tekanan dan tidak dapat mengatasinya bila mereka terus memusatkan perhatian pada penyakit dan bukan pada pasien.
- 2). Mereka membutuhkan keterlibatan dari pasien secara individual yang melekat terhadap pengobatan mereka, membuat perubahan perilaku dan kelola diri.

- 3). Layanan kesehatan yang patient centered bisa jadi merupakan cara yang paling efektif biaya untuk meningkatkan hasil kesehatan bagi pasien.
- 4). Prioritas pasien, keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan berbeda dalam setiap Negara dan dalam setiap negara dan dalam setiap area penyakit, tetapi dari keberagaman ini kita mempunyai kesamaan prioritas ( Lumenta,2012).

## **B. Penelitian Terdahulu**

Peneliti telah melakukan penelusuran terhadap penelitian serupa, ternyata masih sangatlah terbatas penelitian mengenai rekam medis terintegrasi di rumah sakit. Penelitian mengenai akreditasi rumah sakit dan konsep *patient centered care* sudah pernah dilakukan namun dengan cara yang berbeda.

Penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan penelitian ini antara lain adalah:

1. Hardinna Sosilawati dkk (2012) melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Penerapan Patient Safety dengan Mutu pelayanan pada pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Daya Makasar Tahun 2012”. Penelitian ini dilakukan dengan metode observasional dengan pendekatan observasional dengan rancangan cross sectional. Pengambilan sampel dengan cara “ non random sampling”. Analisis data yang digunakan ialah dengan analisis univariat dan analisis bivariat dengan uji Kendall-tau. Hasilnya ialah ada hubungan penerapan patient safety dengan mutu layanan kesehatan. Dalam

penerapan patient safety hal yang paling berpengaruh dalam peningkatan mutu layanan adalah menghormati hak pasien.

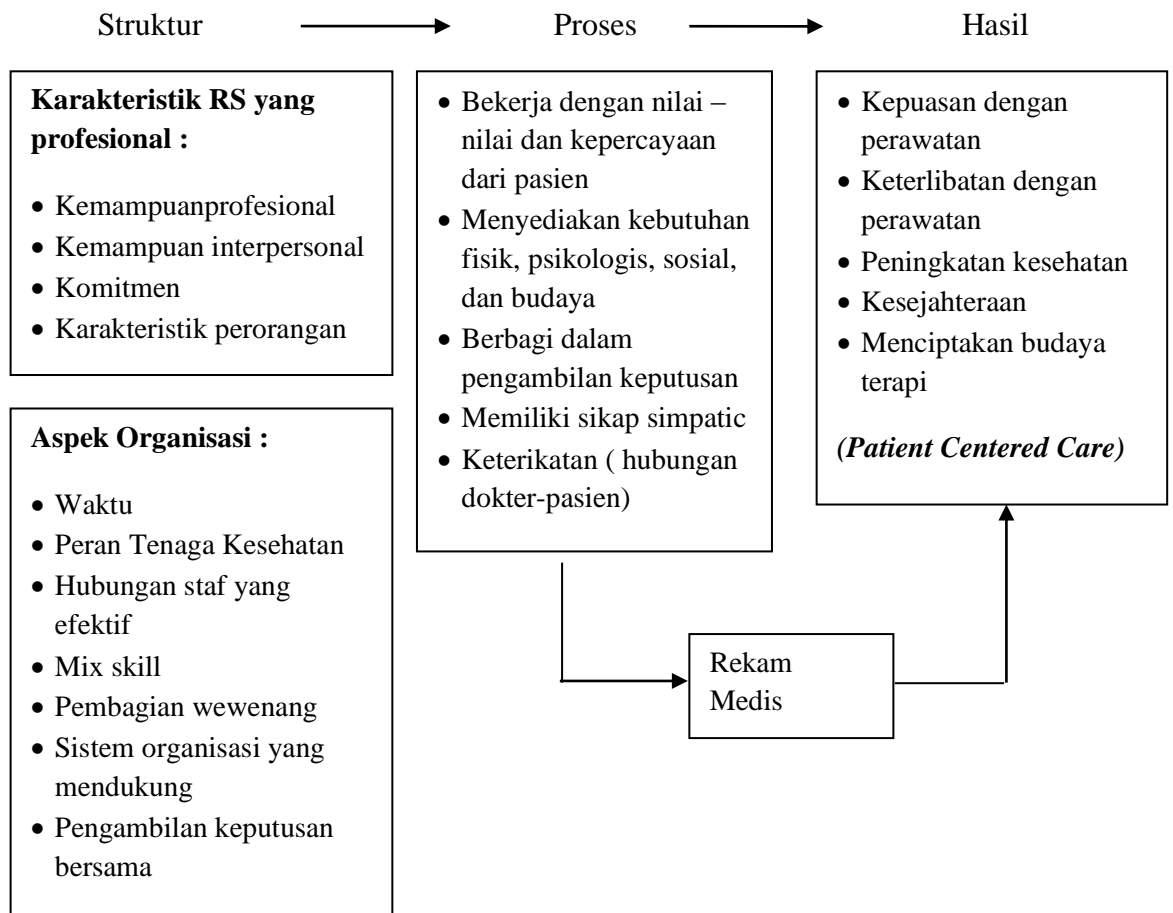
2. Dwijayanto ( 2007 ) melakukan penelitian berjudul “ Hubungan konsep patient centered care dalam menurunkan AngkaKejadian Malpraktek di RSUD Daerah Tangerang Selatan Tahun 2007”. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan deskriptif dengan rancangan penelitian retrospektif. Pengumpulan data dilaksanakan 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 RSUD Daerah Tangerang Selatan tahun 2004.
3. Rahayu (2009) melakukan penelitian yang berjudul “Perbaikan mutu rekam medis melalui penerapan prosedur dan tambahan pengetahuan di rawat inap RSD Kabupaten Bekasi”. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian Quasi Eksperimental dengan *design pretest dan postest*. Hasil Penelitian adalah dengan intervensi sosialisasi penerapan SOP dan penambahan pengetahuan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan mutu rekam medis SDN (dokter) secara signifikan ( $p < 0,05$ ).
4. Mikrajab (2011) melakukan penelitian yang berjudul “Evaluasi Implementasi Rekam Medis di Instalasi Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”. Penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengidentifikasi karakteristik, manfaat, dan hambatan dalam implementasi rekam medis, dan mengevaluasi implementasi rekam medis

menurut dimensi teknologi, SDM RS, dan organisasi di insatalasi rawat inap. Hasil penelitian adalah delapan responden menyatakan konten rekam medis tidak sesuai kebutuhan, sepuluh responden SDM RS kurang mengetahui komponen, tujuh responden masih resisten terhadap sistem, dan lima responden menyatakan pola kerja di RS tidak mendukung peningkatan kinerja di bidang teknologi informasi kesehatan.

Kempat penelitian diatas menjadi inspirasi bagi penulis untuk meneliti mengenai “Evaluasi Pelaksanaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi implementasi dari *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1”, sejauh yang diketahui penulis belum pernah dilakukan oleh peneliti lain. Disamping itu, penelitian ini dapatmengevaluasi terlaksananya konsep *patient centered care* melalui catatan perkembangan pasien terintegrasi dan wawancara terbuka.

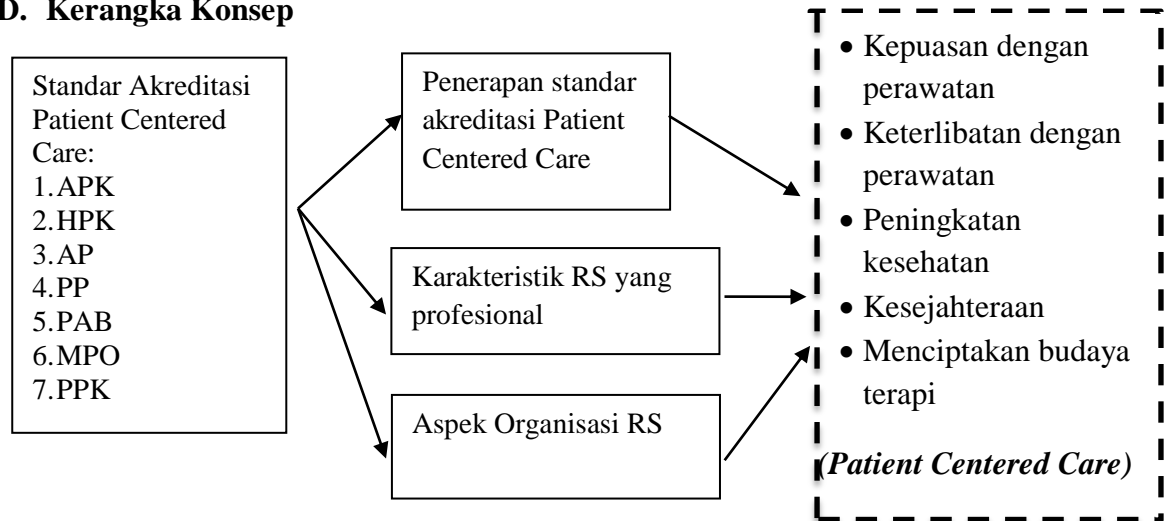
### C. Kerangka Teori

Berdasarkan telaah pustaka diatas, kami memilih kerangka teori A *System Theory of Patient Centered Care (McCormack and McCane,2006)*, sebagai berikut :



Gambar 2.4 Bagan kerangka teori

#### D. Kerangka Konsep



Keterangan : Garis putus tidak diteliti

Gambar 2.5 Bagan kerangka konsep

#### E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana nilai kelengkapan catatan rekam medis terintegrasi menurut standar akreditasi Rumah Sakit versi 2012 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?
2. Bagaimana karakteristik RS yang profesional di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?
3. Bagaimana penerapan aspek organisasi yang mendukung pelaksanaan *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?