

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Rumah Sakit PKU Muhammadiyah**

##### **1. Profil**

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah didirikan oleh K.H. Ahmad Dahlan sebagai Ketua Persyarikatan Muhammadiyah atas inisiatif muridnya, K.H. Sudjak, yang pada awalnya berupa klinik dan poliklinik pada tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa'. Pendirian pertama atas inisiatif H.M. Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Pada tahun 1928 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang Jalan K.H. Ahmad Dahlan). Pada tahun 1936 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi lagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini. Pada tahun 1970-an status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta maka Pimpinan Pusat perlu mengatur gerak kerja dari amal

usaha Muhammadiyah bidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam Surat Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## **2. Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, dan Motto**

RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I memiliki falsafah, visi, misi, dan motto sebagai berikut :

### **a. Falsafah :**

- 1) Misi dakwah islam amar ma'ruf nahi munkar
- 2) Keyakinan dasar dalam pelayanan kesehatan
- 3) Peningkatan mutu pelayanan yang berkelanjutan dengan mengutamakan keselamatan pasien
- 4) Perwujudan Iman dan amal shaleh Sebagai tugas social

### **b. Visi :**

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki Visi:

“Menjadi rumah sakit Muhammadiyah rujukan terpercaya dengan kualitas pelayanan yang Islami, bermutu dan terjangkau”.

### **c. Misi :**

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki Misi:

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi semua lapisan masyarakat sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan.
- 2) Menyelenggarakan upaya peningkatan mutu Sumber Daya Insani melalui pendidikan dan pelatihan secara profesional yang sesuai ajaran Islam
- 3) Melaksanakan da'wah Islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan, yang peduli pada kaum dhuafa'.

d. Motto :

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki Motto:

- 1) “ AMANAH “(Antusias, Mutu, Aman, Nyaman, Akurat, Handal)
- 2) Melayani Setulus Hati

### **3. Fasilitas pelayanan**

Pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta meliputi :

- a. Pelayanan Gawat Darurat
- b. Pelayanan Rawat Jalan, meliputi:

Klinik Penyakit Dalam, Klinik Penyakit Jantung, Klinik Penyakit Syaraf, Klinik Penyakit Jiwa, Klinik Penyakit Mata, Klinik Penyakit THT, Klinik, Penyakit Gigi dan Mulut, Klinik Penyakit Kulit & Kelamin, Klinik Penyakit Paru, Klinik Rematologi, Klinik Penyakit Anak, Klinik Bedah Umum, Klinik Bedah Tulang, Klinik Bedah Urologi, Klinik Bedah Syaraf, Klinik Bedah Plastik, Klinik Bedah Gigi

& Mulut, Klinik Bedah Anak, Klinik Kebidanan dan Kandungan, Klinik Rehabilitasi Medik, Klinik Tumbuh Kembang Anak, Klinik Alergi, Klinik VCT HIV / AIDS, Pelayanan Medical Check Up, Pelayanan One day care, Konsultasi Psikologi, Pelayanan vaksinasi dan imunisasi , Pelayanan Konsultasi Gizi.

c. Pelayanan Rawat Inap :

Kelas Perawatan VIP, Kelas Perawatan Kelas I, Kelas Perawatan Kelas II, Kelas Perawatan Kelas III, Ruang Isolasi, Ruang ICU/ICCU (Intensive Care Unit/Intensive Cardiac Care Unit), Ruang IMC (Intermediate Medical Care), Ruang Perawatan Bayi (Kamar Bayi).

d. Pelayanan Kamar Operasi

Disediakan sarana fasilitas dan peralatan kamar operasi yang memadai dan memungkinkan pelaksanaan kegiatan bedah umum, spesialistik maupun sub spesialistik

e. Pelayanan Kamar Bersalin

Disediakan sarana dan fasilitas peralatan kamar bersalin yang memberikan privasi dan kenyamanan bagi ibu yang akan melahirkan termasuk pelayanan persalinan tanpa nyeri.

f. Pelayanan Penunjang Medik, meliputi :

Farmasi (24 jam), Laboratorium (24 jam), Bank Darah, Radiologi (24 jam), Gizi, Rehabilitasi Medik, EKG, EEG dan Brain Mapping, USG, Laparaskopi, Haemodialisa, Treadmill, Trancient Urethro Resection,

Endoskopi, Bronkhoskopi, CT Scan, Audiometri, Spirometri, Pelayanan perawatan kulit (skin care), dan Senam hamil.

g. Pelayanan Penunjang Umum meliputi :

Pembinaan Kerohanian Islam, Perpustakaan dan ruang pertemuan, Ambulance dan mobil jenazah, Kegiatan Kemasyarakatan, Rukhi jenazah islami paripurna, Kantin dan Swalayan, Home care, Khitanan Massal, Persadia, Dana Sehat Muhammadiyah, ASKES/ ASKESKIN, JPKM Takaful, Anjungan Tunai Mandiri (ATM), Payment point Bukopin dan Mandiri.

## **B. Hasil Penelitian**

Penelitian dilakukan selama bulan Februari 2016 hingga Mei 2016. Proses siklus yang dilakukan terdiri dari *planning* (perencanaan), *action* (pelaksanaan), *monitoring* (observasi), dan *reflection*(evaluasi). Informan dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I.

Informan penelitian seperti yang dijelaskan pada tabel 4.1 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.

Tabel 4. 1. Karakteristik Informan Penelitian

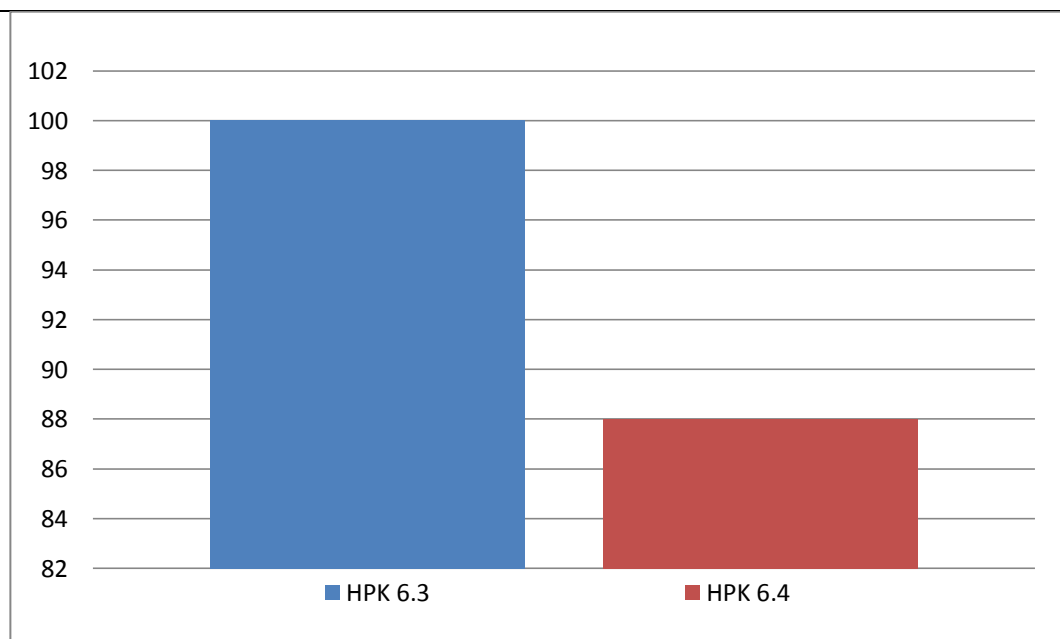
<b>No</b>	<b>Karakteristik Informan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Presentase (%)</b>
<b>1</b>	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	6	60%
	Perempuan	4	40%
<b>2</b>	Umur		
	26 – 30 tahun	2	20%
	31 – 35 tahun	1	10%
	36 – 40 tahun	2	20%
	41 – 45 tahun	5	50%
<b>3</b>	Pendidikan		
	S1	5	50%
	Spesialistik	5	50%
<b>4</b>	Jabatan		
	Pasien	1	10%
	Perawat	1	10%
	Fisioterapis	1	10%
	Ahli Gizi	1	10%
	Apoteker	1	10%
	Dokter Spesialis	5	50%

#### 1. Hasil Analisis Data Kuantitatif

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 4.2. Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Hak Pasien dan Keluarga

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



Gambar 4.1 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Hak Pasien dan Keluarga

Keterangan : Lengkap >50% , Kurang Lengkap <50%, Tidak Lengkap 0%

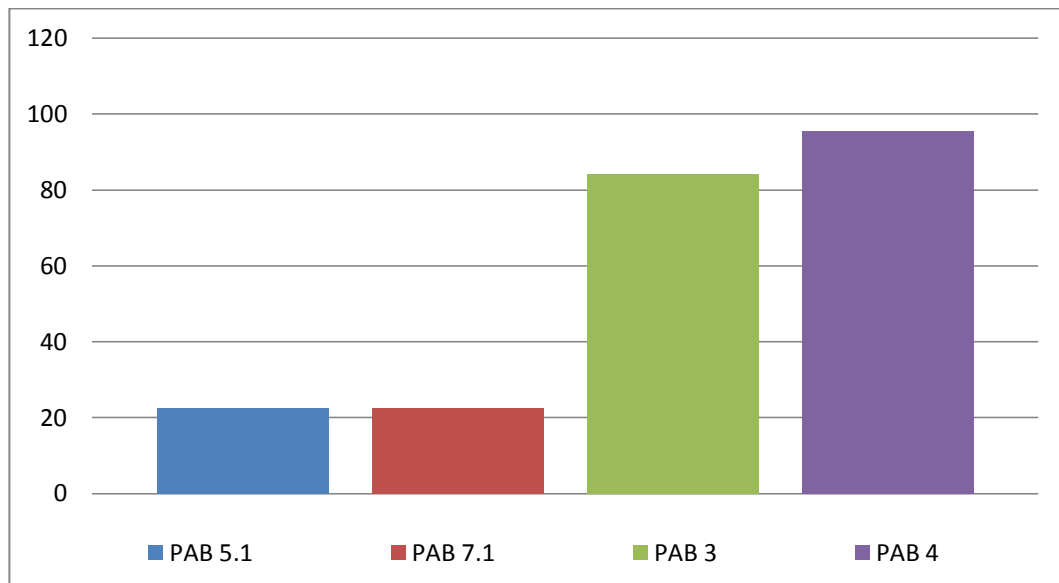
Apabila dilihat dari data persentase kelengkapan rekam medis Hak Pasien dan Keluarga yang paling lengkap yaitu pada bagian HPK.6.3 sebesar 100%. HPK.6.3 ini berkaitan dengan persetujuan umum. Sedangkan kelengkapan HPK 6.4 Persetujuan operasi dan tindakan invasive, anestesi dan sedasi, transfusi darah dan produk darah, tindakan dan prosedur risiko tinggi adalah sebesar 88,6%. Untuk aspek Hak Pasien dan Keluarga di RS PKU Muhammadiyah sudah bagus dan lengkap. Hal ini akan mendukung mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

Tabel 4.3. Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Pelayanan Anestesi dan Bedah

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

Keterangan : Lengkap >50% , Kurang Lengkap <50%, Tidak Lengkap 0%





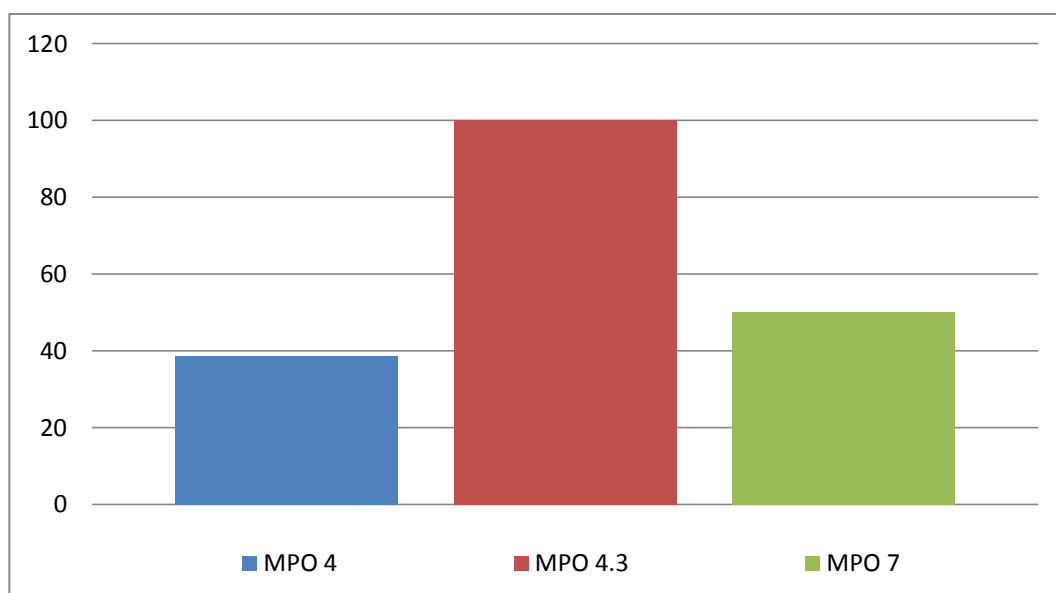
Gambar 4.2 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Pelayanan Anestesi dan Bedah

Dari Gambar 4.2 dapat diketahui bahwa aspek kelengkapan pada Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) yaitu PAB.4 (Asesmen pra anestesi dan pra induksi) terisi lengkap sebesar 95,5%, PAB.3 (Asesmen pra sedasi, monitoring selama sedasi, kriteria sadar kembali) terisi lengkap sebesar 84,1%, PAB 5.1 (Risiko, keuntungan, dan anestesi alternatif) terisi kurang lengkap sebesar 22,7%, dan PAB 7.1 (Risiko, keuntungan, komplikasi, dan alternatif operasi) terisi kurang lengkap sebesar 22,7%.

Tabel 4.4 Hasil Format Telaah Telusur Tertutup Manajemen Penggunaan Obat

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

Keterangan : Lengkap >50% , Kurang Lengkap <50%, Tidak Lengkap 0%



Gambar 4.3. Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Manajemen Penggunaan Obat

Dari Gambar 4.3 dapat diketahui bahwa aspek Manajemen Penggunaan Obat (MPO) yaitu MPO 4.3 (Jenis Obat diresepkan dicatat di rekam medis) terisi lengkap sebesar 100%, MPO.4.7 (Efek obat yang tidak

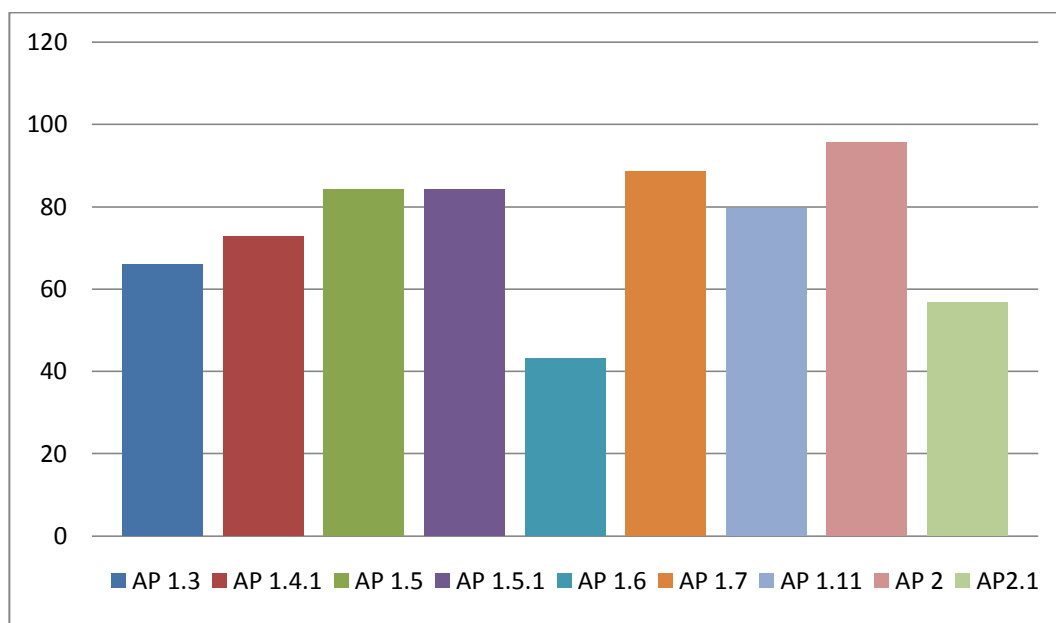
diharapkan) terisi lengkap sebesar 50%, MPO.4 (Daftar obat yang diminum sebelum dirawat) terisi kurang lengkap sebesar 38,6%.

Penilaian kelengkapan rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada sasaran Manajemen Penggunaan Obat yang perlu diawasi adalah tidak semua rekam medis memiliki catatan efek obat yang tidak diharapkan dan daftar obat yang diminum sebelum dirawat. Hal ini sangat penting karena untuk mengetahui keadaan pasien yang akan mempengaruhi prognosis pasien.

Tabel 4.5. 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	
<hr/>				
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	
<hr/>				
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	
<hr/>				
4	AP 1.5.1 Asesmen medis terdokumentasi sebelum operasi			
	Ya	37	84,1	Lengkap
	Tidak	7	15,9	
	Tidak dilakukan	0	0	
<hr/>				
5	AP 1.6 Asesmen gizi dan status fungsional			
	Ya	18	40,9	Kurang Lengkap
	Tidak	19	43,2	
	Tidak dilakukan	7	15,9	
<hr/>				
6	AP 1.7 Asesemen nyeri saat masuk			
	Ya	39	88,6	Lengkap
	Tidak	5	11,4	
	Tidak dilakukan	0	0	
<hr/>				
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	
<hr/>				
8	AP 2 Asesmen setiap hari pada pasien akut (SOAP)			
	Ya	42	95,5	Lengkap
	Tidak	2	4,5	
	Tidak dilakukan	0	0	
<hr/>				
9	AP 2.1 Asesmen awal masuk Rumah Sakit			
	Ya	25	56,8	Lengkap
	Tidak	18	40,9	
	Tidak dilakukan	1	2,3	
<hr/>				

Keterangan : Lengkap >50% , Kurang Lengkap <50%, Tidak Lengkap 0%



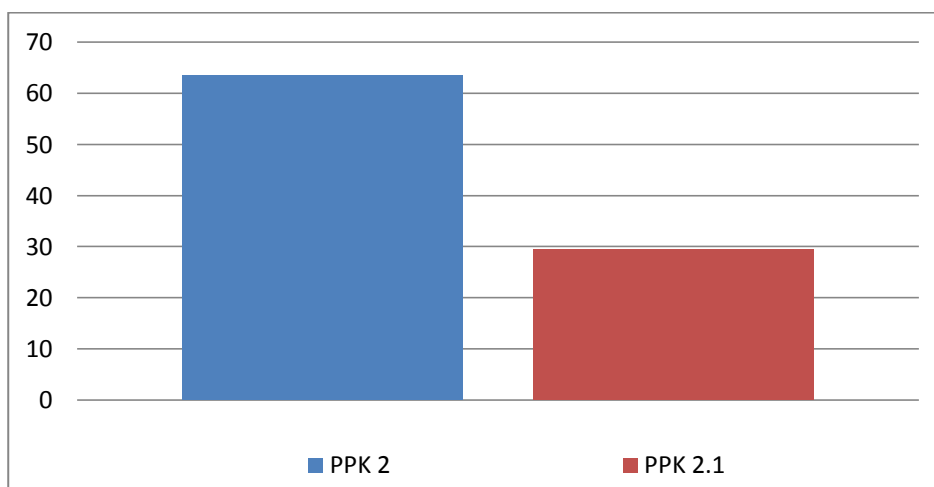
Gambar 4.4 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah  
Telusur Assemen Pasien

Dari Gambar 4.4 dapat diketahui bahwa aspek Asesmen Pasien (AP) yaitu AP.2 (Assesmen setiap hari pada pasien akut) terisi lengkap sebesar 95,5%, AP.1.7 (Assesmen nyeri saat masuk) terisi lengkap sebesar 88,6%, AP.1.5 (Assesmen terdokumentasi dalam 24 jam setelah masuk dirawat) terisi lengkap 84,1%, AP.1.5.1 (Assesmen medis terdokumentasi sebelum operasi) terisi lengkap sebesar 84,1%, AP 1.11 (Assesmen awal untuk rencana keluar dari RS) terisi lengkap sebesar 79,5%, AP1.4.1 (Assesmen medis dan keperawatan selama 24 jam, diupdate jika umur lebih dari 30 hari) terisi lengkap sebesar 72,7%, AP.1.3 (Kebutuhan medis pasien dan keperawatan pasien) terisi lengkap sebesar 65,9%, AP.2.1 (Assesmen awal masuk rumah sakit) terisi lengkap sebesar 56,8%, AP.1.6 (Assesmen gizi dan status fungsional) terisi kurang lengkap sebesar 40,9%.

Kepatuhan pengisian Format Telaah Telusur Assesmen Pasien yang masih rendah adalah AP.1.6 yaitu lengkap yaitu Asesmen gizi dan status fungsional. Pengisian dokumen aspek AP.1.6 ini diisi di awal pada saat pasien dirawat di Rumah Sakit. Hal ini sangat penting untuk mengetahui kondisi gizi pasien agar bagian gizi bisa menyesuaikan makanan dan minuman yang akan diberikan ketika di rawat inap. Hanya saja masih kurangnya partisipasi tenaga medis untuk mengisi bagian ini, dikarenakan kurangnya waktu dan kesadaran.

Tabel 4.6. 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 4.5 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Pendidikan Pasien dan Keluarga

Dari Gambar 4.5 dapat diketahui bahwa aspek Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) yaitu PPK.2 (Assesmen kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga) terisi lengkap sebesar 63,6%. Namun pada PPK.21 (Asesmen yang meliputi: budaya pasien dan keluarga, tingkat pendidikan dan bahasa, kendala emosional, fisik dan kognitif, ketersediaan pasien menerima informasi) belum terisi lengkap yaitu sebesar 29,5%. Hal ini sangat penting dan harus diisi sesuai standar akreditasi RS versi 2012.

Tabel 4.7. 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	

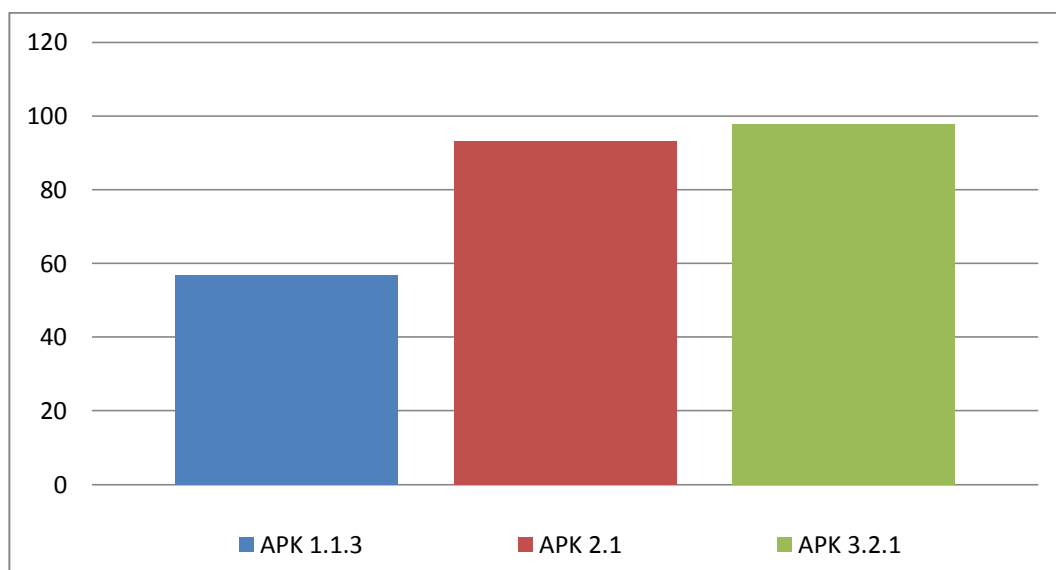
Keterangan : Lengkap >50% , Kurang Lengkap <50%, Tidak Lengkap 0%

Kepatuhan pengisian Format Telaah Telusur Pendidikan Pasien dan Keluarga sudah lengkap yaitu sebesar 97,7%. Semua tenaga medis yang terlibat dalam perawatan pasien wajib mengisi rekam medis dengan mencantumkan tanggal dan waktu setiap entri data. Hal ini bertujuan untuk informasi tentang perkembangan pasien.

Tabel 4.8. 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 4.6 Tingkat Kepatuhan Pengisian Format Telaah Telusur Akses Pelayanan dan Kontinuitas



Dari Gambar 4.6 dapat diketahui bahwa aspek Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) yaitu APK.2.1 (Rencana Asuhan pasien) terisi lengkap yaitu sebesar 93,2%, 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) terisi lengkap yaitu sebesar 93,2%, APK.1.1.3 (Pencatatan setiap keterlambatan tindakan) terisi lengkap sebesar 58,6%. Untuk aspek Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) sudah berjalan dengan baik. Hal ini terbukti dengan presentase setiap aspek >50%.

## 2. Hasil Penelitian Kualitatif

Tabel 4.9 Hasil Wawancara Manfaat dari Dokumen Rekam Medis Terintegrasi

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

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa dokumen rekam medis terintegrasi sangat bermanfaat untuk semua pihak. Baik dari dokter, apoteker, perawat, ahli gizi, fisioterapis, Rumah sakit, dan pasien akan mendapatkan manfaatnya. Dari hasil wawancara kepada informan, manfaat yang diperoleh dari dokumen rekam medis terintegrasi adalah Mengedepankan kepentingan pasien secara kolaborasi dan komprehensif, Media informasi, Alat kontrol, Analisa

obat dan makanan, dan Skrining Pasien. Hal ini tentunya akan menunjang mutu dan kualitas Rumah Sakit.

Tabel 4.10. Hasil Wawancara Kendala Pelaksanaan Rekam Medis Terintegrasi

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

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan rekam medis terintegrasi. Kendalanya adalah *Time Management*, SDM dan komunikasi, Kedisiplinan, Form CPPT yang kurang, dan Peran Komite rekam medis. Semua informan merasa dalam komunikasi antar profesi masih belum dilakukan secara efektif dikarenakan memerlukan waktu yang banyak dan tidak singkat untuk menghasilkan komunikasi yang maksimal, sedangkan pasien yang dihadapi berjumlah tidak sedikit dan petugas medis pada bagian tertentu contohnya ahli gizi sehingga kedisiplinan dalam mengisi catatan rekam medis tidak begitu baik karena tidak mempunyai cukup waktu.

Sedangkan pelaksanaan *Patient Centered Care* semua profesi harus terlibat. Kompleksitas formulir rekam medis dimana terdapat beberapa data yang dianggap tidak perlu ada pengulangan seperti identitas dan lembar anamnesa sehingga sebagian besar tidak diisi. Selanjutnya, dari pihak komite medis belum melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin.

Tabel 4.11. Hasil Wawancara Faktor Pendukung Pelaksanaan Rekam Medis Terintegrasi Implementasi dari *Patient Centred Care*

Responden	Axial	Theme
Dokter	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya Form CPPT</li> <li>2. Laporan dari perawat ke sejawat lain</li> <li>3. Peran perawat lebih untuk menselaraskan masing-masing ahli</li> <li>4. Pemantauan berkala dari RS</li> <li>5. Kesadaran tiap profesi untuk menulis</li> <li>6. Semangat dan kolaborasi antar profesi</li> <li>7. Memahami tugas masing-masing</li> <li>8. Pendistribusian pemberi layanan harus merata</li> </ol>	Rumah Sakit : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring Evaluasi</li> <li>2. Logistik</li> <li>3. SDM</li> </ol> Tenaga Medis: Kesadaran, Kerjasama dan tanggung jawab
Perawat	Kesadaran untuk mengisi	
Fisioterapis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Form CPPT yang sudah disiapkan RS</li> <li>2. Kerjasama antar profesi</li> </ol>	
Ahli gizi	Saling mendukung dari berbagai bidang	
Apoteker	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenaga medis harus terbuka ke semuanya</li> <li>2. Sudah adanya fasilitas form CPPT</li> </ol>	

Berdasarkan table 4.11 menunjukkan faktor pendukung pelaksanaan rekam medis terintegrasi implementasi dari *Patient Centered Care*. Faktor pendukung ini dapat dikategorikan menjadi 2 aspek yaitu Rumah Sakit dan petugas medis. Dari aspek Rumah Sakit dibutuhkan monitoring dan evaluasi, logistik (form CPPT yang yang tidak kompleksitas), dan Sumber Daya Manusia yang perbandingannya tidak terlalu jauh dengan jumlah pasien.

Selanjutnya dari aspek petugas medis sangat dibutuhkan kesadaran yang tinggi untuk melaksanakan kewajiban mengisi rekam medis sesuai SOAP, kerja sama yang baik antar profesi, dan tanggung jawab. Hal ini dilakukan untuk mendukung peningkatan mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

Tabel 4.12 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	

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan makna dari sikap profesional menurut informan yaitu mengedepankan kepentingan pasien, jujur, ikhlas, bekerja sesuai protapdan kompetensi masing – masing. Menurut informan, petugas medis RS PKU Muhammadiyah Unit 1 sudah memiliki sikap profesional dalam bekerja sehingga selama ini tidak ada masalah antar profesi.

Tabel 4.13 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	

Berdasarkan tabel 4.13 menunjukkan pelaksanaan *Patient Centered Care* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah berjalan namun belum maksimal. Kendalanya adalah Sumber Daya Manusia dan waktu. Sumber daya manusia mencakup jumlah petugas medis pada bagian tertentu yang sedikit sedangkan pasien banyak sehingga sulit memadukan waktu untuk berkolaborasi secara langsung. Petugas medis yang jumlahnya sedikit adalah ahli gizi, sedangkan pelaksanaan *Patient Centered Care* harus semua profesi terlibat didalamnya.

Tabel 4.14 Hasil Wawancara Hubungan Antar Profesi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

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

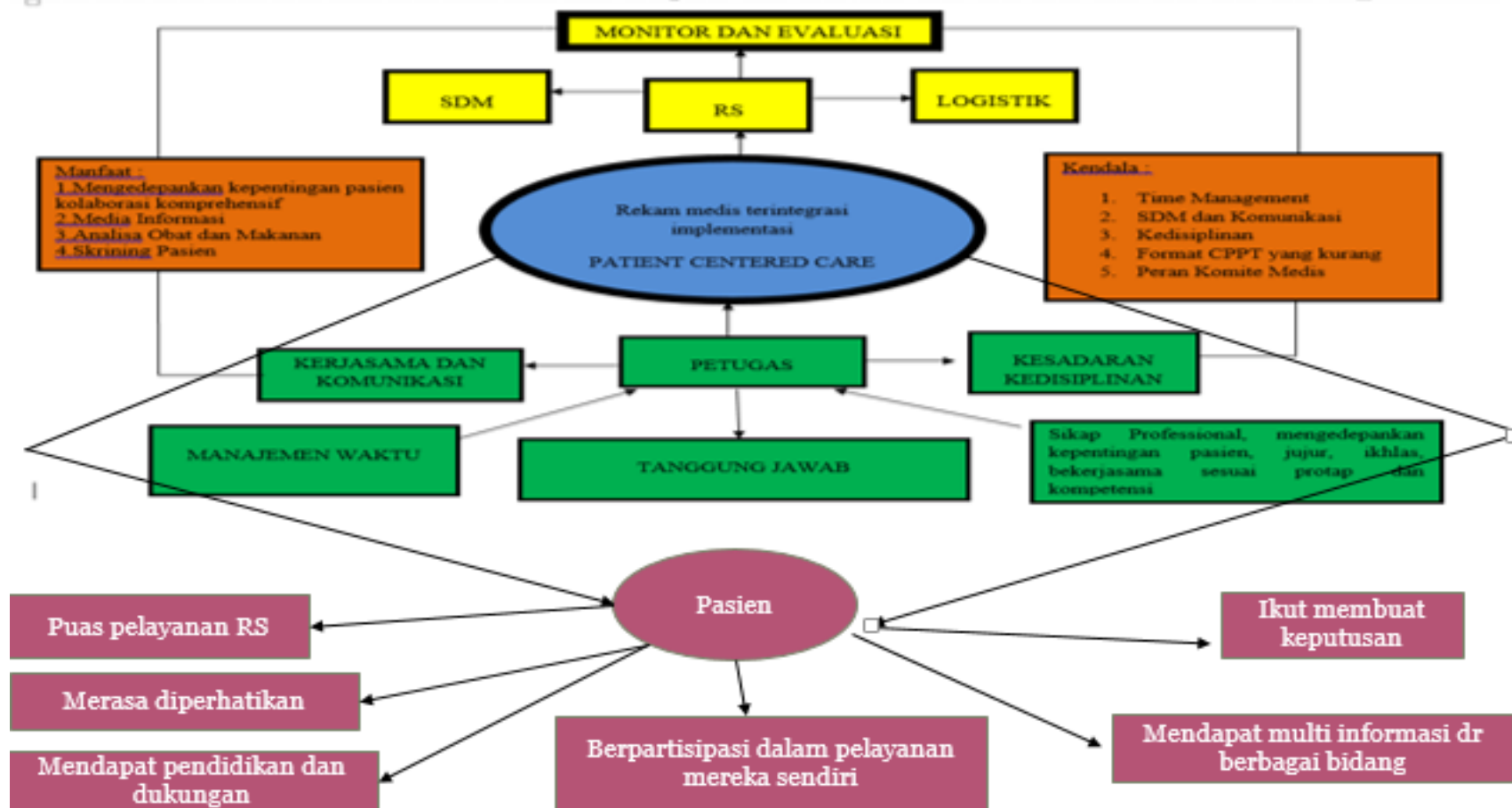
Berdasarkan tabel 4.14 menunjukkan hubungan antar profesi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah cukup baik. Pembagian wewenang sudah dilakukan dengan baik agar tidak terjadi tumpang tindih pekerjaan, jika ada masalah semua tenaga medis duduk bersama untuk berdiskusi dan mengambil keputusan bersama, saling membantu antar profesi. Hal ini tentunya membutuhkan kerja sama yang baik antar profesi. Walaupun belum berjalan maksimal dikarenakan masih kurangnya waktu dan jumlah tenaga medis pada bagian tertentu.

Tabel 4.15 Hasil Wawancara Pasien Tentang Perawatan yang diberikan Rumah Sakit

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

Berdasarkan tabel 4.15 menunjukkan pasien merasa puas dengan pelayanan yang dilakukan Rumah Sakit. Dalam penelitian ini tidak meneliti secara dalam tentang kepuasan pasien atau dampak dan hasil dari *Patient Centered Care*, namun peneliti melakukan wawancara kepada pasien untuk melihat apakah tenaga medis sudah melakukan *Patient Centered Care* atau belum. Dari hasil wawancara kepada pasien mengatakan sudah banyak tenaga medis yang terlibat langsung dalam perawatan pasien. Perawat sudah mengarahkan pasien tentang masalah administrasi, dokter dan fisioterapi sudah memberikan pelayanan dan informasi tentang penyakit dengan baik. Hanya saja pasien mengatakan apoteker dan bagian gizi jarang datang ke pasien untuk berkonsultasi secara langsung. Hanya bagian gizi mengantarkan makanan setiap harinya namun tidak untuk berkonsultasi. Masukan dari pasien untuk rumah sakit adalah menambah ruang tunggu pasien.





Gambar 4.7 Catatan rekam medis terintegrasi implementasi dari *Patient Centered Care*

## **C. 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), 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/91 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) 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) 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) 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) 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.00.03.2.2.1296/1996 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).

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) 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.