



Analisis Kuantitatif Formulir Catatan Terintegrasi Pasien dalam Catatan Medis Elektronik di Rumah Sakit Kota Semarang

Quantitative Analysis Of Patient Integrated Record Form In Electronic Medical Records In Semarang City Hospital

Faik Agiwahyunto^{1*}, Dinar Helmalia Puspitaloka¹, Dribitha Meyra Ayuna¹, Laelatus Zifa Nur Maliana¹, Deddy Setiadi², Suyoko¹

¹Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang, Jawa Tengah, Indonesia

²Unit Rekam Medis, Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariyadi, Semarang, Jawa Tengah, Indonesia

*Penulis Korespondensi

Abstrak

Pendahuluan Informasi lengkap tentang penginapan pasien harus dicatat pada formulir catatan medis. Masalah yang signifikan terkait dengan catatan medis adalah entri data yang tidak lengkap atau salah. **Tujuan penelitian** The study aims to describe the quantitative analysis of the patient records forms integrated into the electronic medical records of the Hospital in Semarang for 2021 as a quality assurance process of the hospital. **Metode** Metode ini menggunakan desain studi deskriptif kuantitatif dari November 2021-April 2022 di Unit Rekam Medis Rumah Sakit. Penelitian berfokus pada analisis kuantitatif rekam medis elektronik di rumah sakit tersebut. **Hasil penelitian** Hasil analisis kuantitatif dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kelengkapan item identifikasi, catatan penting, otentikasi dalam semua catatan, kurangnya pemberitahuan pengguna pada nama dan koreksi tanggal, dan penggunaan singkatan dan simbol rumah sakit (100%) lengkap dan tepat. **Kesimpulan** rumah sakit harus mengadakan ulasan laporan yang baik tentang catatan medis dan petugas disiplin untuk mengisi formulir catatan kesehatan elektronik secara teratur.

Kata kunci : Rekam Medis Elektronik, Lembar Catatan Terintegrasi, Analisis Kuantitatif

Abstract

Introduction Complete information about patient accommodation should be recorded on the medical record form. Significant problems associated with medical records are incomplete or incorrect data entries. **The purpose of study** The study aims to describe the quantitative analysis of the patient records forms integrated into the electronic medical records of the Hospital in Semarang for 2021 as a quality assurance process of the hospital. **Methods** The method uses the design of a quantitative descriptive study from November 2021-April 2022 at the Hospital Medical Record Unit. The research focuses on the quantifiable analysis of electronic medical records in the hospital. **Result study** The results of the quantitative analysis in this study show that the completeness of identification items, important notes, authentication in all records, lack of user notification on name and date correction, and the use of abbreviations and hospital symbols (100%) are complete and accurate. **Conclusion** hospitals must conduct a good review of reports on medical records and disciplinary officers to fill out electronic health records forms regularly.

Keywords : Electronic Medical Record; integrated record form; quantitative analysis

Alamat Korespondensi:

Faik Agiwahyunto; faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id; Gedung D Lantai 1, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro, Jalan Nakula I No. 5-11 Semarang.

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah lembaga perawatan kesehatan yang mengatur layanan kesehatan individu yang komprehensif. Rumah sakit menyediakan layanan inpatient, outpatient dan emergency. Layanan kesehatan penuh adalah layanan kesehatan yang meliputi promosi, pencegahan, penyembuhan, dan rehabilitasi. Dalam memberikan layanan kesehatan, rumah sakit diharapkan memberikan layanan berkualitas (1).

Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat (2). Rumah sakit sebagai salah satu bagian sistem pelayanan kesehatan secara garis besar memberikan pelayanan untuk masyarakat berupa pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik dan pelayanan keperawatan (3).

Menurut Permenkes 269 tahun 2008, catatan medis adalah catatan yang berisi catatan dan dokumen termasuk identitas pasien, pemeriksaan, perawatan, tindakan dan layanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. Rekaman catatan medis wajib untuk dokter dan dokter gigi setelah melakukan pemeriksaan medis dan tindakan kepada pasien sesuai dengan aturan. Catatan medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik (4). Layanan kesehatan penuh adalah layanan kesehatan yang meliputi promosi, pencegahan, penyembuhan, dan rehabilitasi. Dalam memberikan layanan kesehatan, rumah sakit diharapkan memberikan layanan berkualitas (1). Jaminan kualitas atau program jaminan kualitas adalah program untuk memantau dan mengevaluasi kualitas layanan untuk konsisten dengan standar (5).

Jaminan kualitas atau program jaminan kualitas adalah program untuk

memantau dan mengevaluasi kualitas layanan untuk konsisten dengan standar (5).

Program jaminan kualitas mencakup pemantauan, evaluasi, dan tindakan korektif terhadap target kualitas layanan. Sehingga berbagai kekurangan dan penyebab kekurangan dapat diketahui dan upaya korektif dapat dilakukan, yang semuanya dilakukan untuk meningkatkan tingkat kesehatan dan kesejahteraan (6).

Jaminan kualitas adalah upaya untuk secara berkala meninjau berbagai kondisi yang mempengaruhi layanan, memantau layanan, dan melacak output yang dihasilkan sedemikian rupa sehingga berbagai kekurangan dan penyebab kekurangan dapat diketahui dan upaya korektif dapat dilakukan, yang semuanya dilakukan untuk meningkatkan tingkat kesehatan dan kesejahteraan.

Untuk menghasilkan catatan medis lengkap, perlu untuk mengelola dan meningkatkan dokumentasi catatan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas catatan pengobatan. Hasil penelitian Wariyanti, Harjanti, & Sugiarsi bahwa metode dokumentasi catatan medis tidak sesuai dengan ketentuan dan perlu disiapkan prosedur operasi standar (7).

Hasil dari penelitian Febrianto, Putra, & Perdanakusuma bahwa pengguna aplikasi Sistem Informasi Pusat Kesehatan tanpa kertas memberikan penilaian positif (8).

Hasil penelitian Mangentang bahwa rumah sakit harus menerapkan EMR untuk meningkatkan kecepatan dan akurasi mengisi catatan medis dan resume medis (9).

Data yang harus diisi sepenuhnya termasuk; identitas pasien, waktu dan tanggal, diagnosis, nama & tanda tangan dokter atau staf lainnya. Catatan medis lengkap dapat berguna untuk berbagai tujuan, termasuk; pendidikan, penelitian dan hukum, dan dapat menggambarkan kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, catatan medis harus diisi sepenuhnya dan benar sehingga dapat

berkontribusi pada peningkatan kualitas melalui pemenuhan standar akreditasi di fasilitas kesehatan, terutama rumah sakit (9). Untuk mengatasi ketidaksempurnaan, Catatan Medis Elektronik (RME) diperlukan. Catatan medis elektronik dapat dikembangkan untuk mengatasi hambatan dengan interoperabilitas, efisiensi, dan fleksibilitas dalam menghadapi perubahan yang terjadi (10).

Di Indonesia, ia mulai berkembang menuju membuat EMR. EMR telah banyak digunakan di berbagai rumah sakit sebagai pengganti atau tambahan untuk catatan medis berbasis kertas (11). Fasilitas kesehatan menerapkan catatan medis elektronik untuk memfasilitasi layanan, meningkatkan kepuasan pasien, dan mempercepat akses data (11). Batas waktu untuk mengisi adalah ≤ 24 jam setelah layanan selesai. Data yang harus diisi sepenuhnya termasuk; identitas pasien, waktu dan tanggal, diagnosis, nama & tanda tangan dokter atau petugas lainnya. Catatan medis lengkap dapat berguna untuk berbagai tujuan, termasuk; pendidikan, penelitian dan hukum, dan dapat menggambarkan kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas Kesehatan (12).

Informasi rinci tentang apa yang terjadi selama tinggal pasien harus tercantum pada formulir catatan medis. Masalah serius yang terkait dengan catatan medis hingga saat ini adalah pengisian data yang tidak lengkap dan atau salah. Ini mengakibatkan kualitas perawatan pasien tindak lanjut, laporan internal dan eksternal yang terlambat dan tidak sah, dan kesalahan dalam perencanaan dan pengambilan keputusan. Oleh karena itu, catatan medis harus lengkap dan akurat sehingga dapat berkontribusi pada peningkatan kualitas melalui pemenuhan standar akreditasi di fasilitas kesehatan, terutama rumah sakit (13).

Sektor layanan di sektor kesehatan menunjukkan perkembangan yang sangat signifikan dalam penggunaan Teknologi Informasi Kesehatan dalam melakukan layanan kesehatan. Di Indonesia, penggunaan

teknologi informasi di sektor kesehatan yang telah diimplementasikan adalah Sistem Informasi Kesehatan (HIS), sekarang mulai berkembang menuju penciptaan RME (13). Implementasi Electronic Medical Records dimaksudkan untuk memfasilitasi layanan kesehatan dan diharapkan memiliki efek positif pada perawatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien.

Analisis kuantitatif adalah cara yang efektif untuk mengevaluasi kelengkapan dan akurasi catatan medis yang ditujukan pada lembar catatan kesehatan sesuai dengan durasi pasien yang dirawat, kesempurnaan yang dinilai meliputi lembar data sosial pasien, lembar medis, paramedis dan dukungan medis sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Analisis kuantitatif berfokus pada empat kriteria, yaitu review identifikasi, review laporan penting (diagnosis), review otentikasi dan review rekaman. (scribbles, type-ex, and blank sections).⁸ Manajemen seperti analisis kuantitatif dari kesempurnaan catatan medis akan dipertimbangkan selama akreditasi. Analisis kuantitatif dari kesempurnaan catatan medis harus diselesaikan segera setelah perawatan pasien selesai.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Widjaya & Siswati, disimpulkan bahwa manajemen rumah sakit mengatakan bahwa sejauh ini tidak ada sanksi atau pembalasan dari komite dan rumah sakit jika pengisian catatan medis tidak lengkap. Rumah sakit tidak memberikan imbalan kepada staf medis jika pengisian catatan medis selalu lengkap. Ini juga mengakibatkan kurangnya motivasi staf medis untuk mengisi catatan medis sepenuhnya (13).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada 12 November 2021 di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. Dari 67 dokumen catatan medis pada bulan Maret 2021 di Ayub Room 1 yang dianalisis untuk kesempurnaan, ada 44,7% lengkap dokumen catatan kesehatan dan 52,2% tidak lengkap dokumennya. Dampak mengisi dokumen catatan medis yang tidak lengkap

dapat mempengaruhi penilaian akreditasi dan mempengaruhi BPJS atau klaim asuransi.

Hasil pemeriksaan rekap tentang kelengkapan RME dari Januari hingga Maret 2020 dengan diagnosis Ca Mammae memperoleh kesempurnaan dokumen sebesar 97,50%. Untuk standar kualitas 97,50% telah memenuhi standar yang baik, namun karena Rumah Sakit Dr. Kariadi masih menggunakan kertas untuk dokumen hukum seperti persetujuan terinformasi, izin umum, laporan operasi, laporan anestesi dan dokumen hukum lainnya, bagaimana tepatnya petugas PJRM (Person in charge of Medical Records) menganalisis analisis kuantitatif dari Dokumen Catatan Medis Elektronik dan dokumen yang masih dalam bentuk kertas dan bagaimana penilaian Jaminan Kualitas di Rumah Sakit dr.

Dalam survei awal yang dilakukan para peneliti pada bulan November 2021 di Rumah Sakit KRMT Wongsonegoro Semarang, khususnya di unit catatan medis. Para peneliti tertarik untuk mengambil diagnosis Spontaneous Vertex Delivery karena belum pernah dipelajari oleh peneliti lain. Dalam kasus pengiriman ini, ada formulir khusus seperti laboratorium, patografi kerja, persetujuan untuk tindakan dan identifikasi bayi yang harus diisi sepenuhnya.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti akan melakukan penelitian tentang Analisis Kuantitatif Formulir Catatan Terintegrasi Pasien dalam Catatan Medis Elektronik di Rumah Sakit Semarang. Studi ini bertujuan untuk menggambarkan analisis kuantitatif dari formulir catatan pasien terintegrasi dalam catatan medis elektronik

Rumah Sakit di Semarang untuk tahun 2021 sebagai proses jaminan kualitas rumah sakit.

METODE

Penelitian ini adalah desain studi deskriptif kuantitatif yang dilakukan pada bulan November 2021-April 2022 di Unit Catatan Medis Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang, Rumah Sakit Umum Dr. Kariadi Semarang Kota, dan Rumah Sakit KRMT Wongsonegoro Semarang dengan fokus penelitian pada analisis kualitatif catatan medis elektronik. (EMR). Data yang digunakan adalah data sekunder dari Electronic Medical Records Integrated Patient Record pasien untuk periode 2021 dengan sampel 245 file. Pengumpulan data dengan menggunakan dokumentasi. Data diproses menggunakan program pemrosesan nomor (Ms. Excel). Pengolahan data ini terdiri dari 5 langkah, yaitu pengkodean data, pengeditan data, penilaian, entri data, dan pembersihan data. Analisis data dilakukan menggunakan metode analisis univariate. Analisis univariate dilakukan untuk menentukan distribusi frekuensi dan persentase variabel yang dipelajari. Analisis univariate ini disajikan dalam bentuk tabel yang disertai dengan narasi. Setelah memberikan narasi, penelitian ini dibahas dengan menyesuaikan hasil penelitian dengan ulasan literatur.

HASIL

Table 1. Persentase Penilaian Identitas pada Rumah Sakit

Item	Rumah Sakit					
	Roemani		Kariadi		KRMT Wongsonegoro	
	f	%	f	%	f	%
Nomor rekam medis	80	100	103	100	62	100
Nama	80	100	103	100	62	100

Jenis kelamin	80	100	103	100	62	100
Tanggal Lahir	80	100	103	100	62	100

Table 2. Persentase Penilaian pada Identitas Peneliti

Item	Rumah Sakit					
	Roemani		Kariadi		KRMT Wongsonegoro	
	f	%	f	%	f	%
Nama Pasien	80	100	103	100	62	100
Nomor rekam medis	80	100	103	100	62	100
Jenis kelamin	80	100	103	100	62	100
Umur	80	100	103	100	62	100
Alamat	80	100	103	100	62	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan analisis kelengkapan catatan medis rumah sakit, tepatnya dalam penilaian identifikasi, hanya ada 4 (empat) item, yaitu Nomor Catatan Kesehatan, Nama, Gender, dan Tanggal Lahir. Dari dokumen catatan medis elektronik, persentase kesempurnaan formulir Catatan Integrasi adalah 100%. Sedangkan persentase tidak lengkap adalah 0%. Berdasarkan pengamatan di tabel 2, analisis

kelengkapan catatan medis dalam ulasan identifikasi menunjukkan bahwa versi peneliti memiliki 5 item, yaitu Nama Pasien, Nomor Catatan Media, Gender, Usia, dan Alamat. Ini diperiksa dokumen catatan medis elektronik, ada perbedaan antara versi rumah sakit dan peneliti, yaitu item Alamat yang tidak berada di bagian penilaian identifikasi dari versi Rumah Sakit.

Table 3. Persentase Kelengkapan Pencatatan Penting pada Rumah Sakit

Item	Rumah Sakit					
	Roemani		Kariadi		KRMT Wongsonegoro	
	f	%	f	%	f	%
Pemeriksaan Fisik	80	100	103	100	62	100
Diagnosis	80	100	103	100	62	100
Tindakan Pemeriksaan	80	100	103	100	62	100
Tindakan Medis	80	100	103	100	62	100

Table 4. Persentase Kelengkapan Pencatatan Penting pada Peneliti

Item	Rumah Sakit					
	Roemani		Kariadi		KRMT Wongsonegoro	
	f	%	f	%	f	%
Subjective	80	100	103	100	62	100
Objective	80	100	103	100	62	100
Gender	80	100	103	100	62	100
Assesment	80	100	103	100	62	100
Planning	80	100	103	100	62	100

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan analisis kesempurnaan catatan medis rumah sakit dalam penilaian kelengkapan Catatan Penting, ada item, yaitu pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan, dan tindakan. Dari dokumen catatan medis elektronik, persentase kesempurnaan formulir Catatan Integrasi adalah 100%. Sedangkan persentase tidak lengkap adalah 0%. Berdasarkan pengamatan

di tabel 4, ada perbedaan antara item di tabel 4.3 dan 4.4 bahwa rumah sakit telah menetapkan item untuk pemeriksaan fisik, diagnosis, dan pengobatan. Ini berbeda dari versi peneliti untuk catatan penting peneliti adalah subjektif, objektif, penilaian, dan perencanaan.

Table 5. Presentase Review Autentikasi pada Rumah Sakit

Items	Hospitals					
	Roemani		Kariadi		KRMT Wongsonegoro	
	f	%	f	%	f	%
Nama	80	100	103	100	62	100
Gelar profesi	80	100	103	100	62	100
Tanggal	80	100	103	100	62	100
Tandatangan	80	100	103	100	62	100

Table 6. Presentase Review Autentikasi pada Peneliti

Items	Hospitals					
	Roemani		Kariadi		KRMT Wongsonegoro	
	f	%	f	%	f	%
Tanggal dan Waktu	80	100	103	100	62	100
Nama dokter jelas	80	100	103	100	62	100
Verifikasi DPJP	80	100	103	100	62	100
Tandatangan dokter	80	100	103	100	62	100

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan analisis kelengkapan catatan medis rumah sakit dalam pemeriksaan otentikasi, ada item, yaitu Nama, Judul, Tanggal, Waktu, dan Tandatangan. Dokumen catatan medis elektronik, persentase kesempurnaan formulir Catatan Integrasi pasien adalah 100%. Sedangkan persentase tidak lengkap adalah 0%. Berdasarkan pengamatan dari tabel 4.6, ada perbedaan antara tabel 5 dan 6 yang telah

ditetapkan oleh rumah sakit, yaitu Nama, Judul, Tanggal, Waktu, dan Tandatangan. Ini berbeda dari versi peneliti untuk Otentikasi adalah Tanggal dan Waktu, nama dokter yang ringan, dokter yang bertanggung jawab atas pasien (DPJP) Verifikasi, dan Autentikasi Dokter. Ada perbedaan dari versi rumah sakit dan versi peneliti di rumah sakit tidak ada item terkait verifikasi dari DPJP.

Table 7. Presentase kelengkapan review pada rekam medis yang bagus oleh Rumah Sakit

Item	Rumah Sakit					
	Roemani		Kariadi		KRMT Wongsonegoro	
	f	%	f	%	f	%
Tulisan yang mudah terbaca	80	100	103	100	62	100
Penggunaan simbol	80	100	103	100	62	100

Table 8. Presentase kelengkapan review pada rekam medis yang bagus oleh Peneliti

Item	Rumah Sakit					
	Roemani		Kariadi		KRMT Wongsonegoro	
	f	%	f	%	f	%
Tidak ada bagian yang kosong	80	100	103	100	62	100
Tulisan terbaca	80	100	103	100	62	100
Peringatan terkait editing terhadap There is a user name editing notification	80	100	103	100	62	100
There is a date & time editing notification	80	100	103	100	62	100
Abbreviation	80	100	103	100	62	100

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan analisis kelengkapan catatan medis rumah sakit dalam meninjau catatan baik, ada item, yaitu tulisan yang dapat dibaca, dan singkatan/symbol. Dokumen catatan medis elektronik, persentase kesempurnaan formulir Catatan Integrasi pasien adalah 100%. Sedangkan persentase tidak lengkap adalah 0%. Berdasarkan tabel 8, ada perbedaan antara tabel 7 dan 8 bahwa rumah sakit telah menentukan bahwa tulisan dapat dibaca dan singkatan / symbol. Ini berbeda dari versi peneliti untuk catatan baik peneliti, yaitu tidak ada bagian kosong, tulisan yang dapat dibaca, ada pemberitahuan tentang mengedit nama pengguna, ada notifikasi mengedit tanggal dan waktu dan singkatan. Versi rumah sakit tidak memiliki item tidak ada bagian kosong, ada pemberitahuan tentang mengedit nama pengguna, dan ada notifikasi mengedit tanggal dan waktu.

PEMBAHASAN

1) Review Identifikasi

Berdasarkan pengamatan dari analisis dokumen catatan medis elektronik, diketahui bahwa persentase lengkapnya mencapai 100% pada semua item, yaitu Nomor Catatan Kedokteran, nama pasien, jenis kelamin, usia, dan alamat. Dalam melakukan analisis kuantitatif, peneliti menemukan bahwa pada saat mengevaluasi identitas, ada 4 (empat) item, yaitu nomor catatan medis, nama, jenis kelamin, dan tanggal lahir. Ada perbedaan

antara versi rumah sakit dan peneliti, yaitu item Alamat yang tidak ada di bagian ulasan identifikasi dari versi Rumah Sakit.

Analisis kuantitatif catatan medis Menurut Huffman, identitas pasien setidaknya memiliki nama dan nomor catatan medis. Jika halaman tidak memiliki identitas maka jalur ini harus diperiksa, untuk menentukan apakah itu milik pasien yang catatan medisnya sedang dianalisis atau tidak. Kelengkapan di bagian identifikasi pasien sangat penting dan harus diisi sepenuhnya, kelengkapan mengisi item identifikasi bertujuan untuk memastikan pemilik dokumen catatan medis. Pasal 2 Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 menyatakan bahwa catatan medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Isi catatan medis rumah sakit termasuk setidaknya identitas pasien, tanggal, waktu dan kondisi saat pasien tiba di fasilitas kesehatan (7).

Perbedaan antara penelitian sebelumnya dan penelitian ini adalah bahwa penelitian sebelumnya melakukan analisis kuantitatif pada file catatan medis kertas, sementara penelitian ini melakukan analisa kuantitas pada file Catatan medis elektronik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nofitalia Sawondari, Gamasiano Alfiansyah, dan Indah Muflihatin, menunjukkan bahwa persentase tertinggi lengkapnya pengisian dalam komponen identifikasi adalah dalam nama pasien dan item No. RM pada 95%, yang diisi sepenuhnya, sedangkan persentasi

terendah adalah dalam item Pekerjaan pada 70% yang sepenuhnya diisi. Sementara studi ini kesempurnaan identifikasi mencapai 100% lengkap karena pengisian item-item ini telah dilakukan secara komputeris. Identitas lengkap pasien dalam catatan medis sangat penting untuk kesinambungan informasi pasien dan kepemilikan isi dokumen catatan kesehatan (14).

2) Review Catatan yang Penting

Berdasarkan pengamatan dari analisis dokumen catatan medis elektronik, diketahui bahwa persentase kesempurnaan mencapai 100% lengkap karena pengisian item ini telah dikomputerisasi. Dalam melakukan analisis kuantitatif, peneliti menemukan bahwa ada perbedaan antara daftar pemeriksaan rumah sakit dan peneliti bahwa rumah sakit telah menentukan item pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan, dan tindakan. Ini berbeda dari versi peneliti untuk catatan penting peneliti adalah subjektif, objektif, penilaian, dan perencanaan. Untuk alasan ini, perlu untuk meninjau item apa yang harus berada dalam daftar pemeriksaan analisis kuantitatif elektronik.

Dalam mengisi komponen Catatan Penting, kelengkapan harus dipertimbangkan, karena dokumen catatan medis adalah bukti tertulis dalam mendukung aspek hukum catatan kesehatan, yaitu untuk melindungi pasien untuk setiap tindakan yang diambil dan tidak dikategorikan sebagai penyalahgunaan. Jika tidak diisi sepenuhnya, dapat menyebabkan kerusakan pada pasien, baik material maupun non-material, sehingga sanksi administratif akan dikenakan. Dalam melakukan analisis kuantitatif dari catatan terintegrasi pasien, para peneliti melihat bahwa semua item subjektif, objektif, penilaian dan perencanaan dalam catatan terpadu pasien diisi sepenuhnya oleh dokter, perawat dan bidan.

Berdasarkan teori Huffman, telah ditulis bahwa meninjau laporan adalah salah satu prosedur analisis kuantitatif yang harus mampu menentukan dengan jelas laporan

mana yang akan dilakukan kapan dan dalam keadaan apa karena jika pada saat apa pun ada pasien yang merasa rumah sakit telah melakukan penyalahgunaan, mereka dapat menunjukkan DRM yang merupakan bukti tindakan apa yang telah diambil dan merupakan bukti hukum. Pasal 5 ayat (1) dan (2) Permenkes No. 269 Tahun 2008 menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang melakukan praktek medis wajib membuat catatan medis segera dan lengkap setelah pasien menerima layanan (15).

Perbedaan antara penelitian sebelumnya dan penelitian ini adalah bahwa penelitian sebelumnya melakukan analisis kuantitatif pada file catatan medis kertas, sementara penelitian ini melakukan analisa kuantitas pada file Catatan medis elektronik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ajeng Nurliani dan Imas Masturoh pada ulasan laporan penting, persentase tertinggi dari ketidakhadiran adalah kasus obstetrik: pada item panjang tinggal, penyebab eksternal, infeksi nosokomial, penyebab infeksi, imunisasi, radioterapi, transfusi darah, metode pelepasan dan kondisi pelepasan dengan 100%.Sementara itu, studi ini kesempurnaan Catatan Penting mencapai 100% lengkap karena pengisian item-item ini terintegrasi dengan baik dan dilakukan secara komputeris (15).

3) Review pada Autentikasi

Berdasarkan pengamatan dari analisis dokumen catatan medis elektronik, diketahui bahwa persentase kelengkapan mencapai 100% pada semua item, yaitu tanggal & waktu, nama dokter yang cerah, DPJP Verifikasi, dan item Otentikasi Dokter. Dalam melakukan analisis kuantitatif, peneliti menemukan bahwa ada perbedaan antara daftar pemeriksaan rumah sakit dan peneliti bahwa rumah sakit telah menentukan item, yaitu Nama, Judul, Tanggal, Waktu, dan Tanda Tangan. Ini berbeda dari versi peneliti untuk Otentikasi adalah Tanggal dan Waktu, Nama Dokter, DPJP Verifikasi, dan Otentifikasi Dokter. Ada perbedaan dari versi

rumah sakit dan versi peneliti di rumah sakit tidak ada item Verifikasi DPJP.

Menurut Huffman, otentikasi bisa dalam bentuk tanda tangan, segel atau stempel, dan inisial yang dapat diidentifikasi dalam catatan medis. Pasal 5 ayat 4 Permenkes No. 269 Tahun 2008 menyatakan bahwa "Setiap catatan dalam catatan medis harus dilampirkan dengan nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau staf kesehatan tertentu yang menyediakan layanan kesehatan langsung" (15). Keamanan data dan perlindungan hukum sangat penting sehingga tidak hanya siapa pun yang dapat mengakses, mengubah, dan bahkan mencuri data. Penting untuk memiliki standar dalam mengamankan digititas atau data elektronik sehingga semua fasilitas kesehatan yang telah mengatur catatan medis elektronik memiliki pedoman yang jelas dalam manajemen mereka. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemeriksaan otentikasi sesuai dengan ketentuan dan dokumen catatan medis elektronik lengkap.

4) Review Pelaporan yang bagus

Berdasarkan pengamatan dari analisis dokumen catatan medis elektronik, diketahui bahwa hasil yang diperoleh dalam Review of Good Records memiliki persentase lengkap tertinggi dalam item Tidak ada bagian kosong (100%), tulisan yang dapat dibaca (100%), item Ada pemberitahuan mengedit nama pengguna (100%), item ada pemberitahuan mengedit tanggal & waktu (100%), dan item singkatan (100%). Dalam melakukan analisis kuantitatif, penulis menemukan bahwa ada perbedaan antara daftar pemeriksaan rumah sakit dan peneliti bahwa rumah sakit telah menetapkan tulisan yang dapat dibaca dan singkatan / simbol. Ini berbeda dari versi peneliti untuk catatan yang baik, yaitu bahwa tidak ada bagian kosong, penulisan dapat dibaca, ada pemberitahuan mengedit nama pengguna, ada notifikasi mengedit tanggal dan waktu dan singkatan. Versi rumah sakit tidak memiliki item tidak ada bagian kosong, ada pemberitahuan tentang mengedit nama

pengguna, dan ada notifikasi mengedit tanggal dan waktu.

Menurut Huffman EK, peninjauan catatan harus dilakukan dengan benar karena analisis kuantitatif tidak dapat memecahkan masalah tentang konten yang tidak dapat diidentifikasi atau tidak lengkap, memperbaiki masalah kesalahan adalah aspek yang sangat penting dari dokumentasi, perubahan dapat menimbulkan pertanyaan tentang keandalan jika ada keraguan tentang entri yang diakui di masa depan, lebih baik mengundang para profesional untuk menyaksikan proses koreksi. Dalam komponen kesempurnaan catatan-catatan yang baik dalam catatan medis elektronik, ada banyak penggunaan singkatan yang tidak sesuai dengan standar seperti menulis kata "yang lalu" menjadi "yll", menulis kata "tidak ada kelainan" menjadi "Tak", menulis perkataan "Tidak" ke "tdk", menulis kalimat "Pasien Baru" kepada "Pb", menulis Kata "Pukul" pada "pk" menuliskan kata "pasien" ke dalam "Ps", dan menuliskan perkataan "Belum" menjadi "blm". Menulis seperti ini dapat menyebabkan kesalahpahaman antara dokter, perawat, bidan dan penyedia perawatan perawatan lainnya. Oleh karena itu, ada kebutuhan untuk analisis kuantitatif untuk meningkatkan kualitas rekaman di rumah sakit.

Ada perbedaan dalam studi sebelumnya, yaitu melakukan analisis kuantitatif pada file catatan medis kertas, sementara penelitian ini melakukan analisis kuantitas pada file Catatan medis elektronik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rizkika dan Yolla, persentase tertinggi dari kelengkapan rekaman pada penggunaan akronim adalah 26 dokumen catatan medis (72%), sedangkan tingkat tertinggi ketidaksempurnaan Rekaman pada menggunakan akronime adalah 10 dokumen Catatan medis (28%) (16). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa catatan pasien yang terintegrasi tidak sesuai dengan ketentuan dan

catatan elektronik catatan medis tidak lengkap dalam tinjauan catatan yang baik.

KESIMPULAN

Penilaian identitas, persentase kelengkapan dalam item Nama pasien, RM No., Gender, Usia, Alamat adalah 100%, sedangkan ketidaktepatan adalah 0 dokumen catatan medis elektronik (0%) Penilaian rekaman yang baik, persentase kelengkapan dalam item Subjektif, Objektif, Perencanaan, Evaluasi adalah 100%, sedangkan ketidaktepatan adalah 0%. Peninjauan Otentikasi, persentase kesempurnaan dalam item Tanggal & Waktu, Nama Dokter yang cerah, Verifikasi DPJP, Otentika Dokter, dan Otentifikasi Perawat adalah 100%, sedangkan ketidak-kesempurnaannya adalah 0%. Ulasan catatan yang baik, persentase tertinggi kesempurnaan dalam item Tidak ada bagian kosong, pemberitahuan pengeditan nama pengguna, tanggal dan waktu pengeditan pemberitahuan, dan singkatan item adalah 100%. Berdasarkan hasil analisis kuantitatif ini, peneliti memberikan saran tentang mengisi catatan baik yang tidak lengkap, terutama dalam bagian singkatan. Tidak hanya staf catatan medis tetapi juga unit layanan seperti bidan, dokter, perawat dan staf medis lainnya diharapkan untuk mengisi data catatan kesehatan pasien sepenuhnya. Harus ada sosialisasi dan arahan bagi staf medis, paramedis, dan teknisi medis sehubungan dengan kewajiban petugas dalam mengisi dan menyelesaikan dokumen catatan medis sepenuhnya, jelas dan benar. Rumah sakit harus meninjau item apa yang harus ada dalam daftar pemeriksaan analisis kuantitatif elektronik, sehingga dapat disesuaikan dengan catatan medis elektronik. Rumah sakit harus meninjau rincian SOP untuk mengisi catatan medis elektronik rumah sakit. Untuk membuatnya lebih mudah bagi petugas untuk mengetahui bagian mana yang perlu diisi. Rumah sakit harus memiliki pedoman untuk penggunaan singkatan / simbol. Untuk homogenisasi rekaman pada catatan medis.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada Rumah Sakit Islam Roemani Semarang, Rumah Sakit Daerah KRMT Wongsonegoro, dan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariyadi Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Giyana F. Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. *None*. 2012;1(2):18739.
2. WHO. Definisi Rumah Sakit. <https://www.academia.edu>. 2016;
3. Setyawan FEB, Supriyanto S. Manajemen rumah sakit. Zifatama Jawara; 2020.
4. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2008.
5. Sukma SNF, Sudiro S, Fatmasari EY. Analisis Perencanaan Quality Assurance Ditinjau dari Aspek Input Pelayanan Keperawatan Rawat Inap Pasca Akreditasi Paripurna Rs Swasta X Kota Semarang. *J Kesehat Masy*. 2017;5(4):127–36.
6. Agiwahyunto F, Widianawati E, Wulan WR, Komara CK. Analisis Quality Assurance Penerapan Kebijakan Reward and Punishment Berdasarkan Assesment Tingkat Kepatuhan. *J Manaj Inf Kesehat Indones*. 2020;8(1):43.
7. Wariyanti AS, Harjanti H, Sugiarsi S. Potret Kelengkapan Rekam Medis Puskesmas Sebelum dan Setelah Akreditasi. *J Manaj Inf Kesehat Indones*. 2019;7(2):157.
8. Febrianto WA, Putra WHN. Aplikasi Sistem Informasi Puskesmas Paperless menggunakan Metode Usability Testing dan User Experience Questionnaire (UEQ)(Studi Kasus: Puskesmas Tarik). *J Pengemb Teknol Inf dan Ilmu Komput*. 2019;3(6):6099–106.
9. Nurliani A, Masturoh I. Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar Periode Triwulan IV Tahun 2015. *J Persada Husada Indones*. 2017;4(12):25–46.

10. Tiorentap DRA. Manfaat Penerapan Rekam Medis Elektronik di Negara Berkembang: Systematic Literature Review. *Indones Heal Inf Manag J.* 2020;
11. Ningtyas AM, Lubis IK. Literatur Review Permasalahan Privasi pada Rekam Medis Elektronik. *Pseudocode.* 2018;5(2):12–7.
12. Depkes RI. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2010.
13. Widjaya L, Siswati S. Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis. *J Manaj Inf Kesehat Indones.* 2019;7(1):51.
14. Arimbi AD, Muflihatin I, Muna N. Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Informed Consent Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. *J-REMI J Rekam Med Dan Inf Kesehat.* 2021;2(2):221–30.
15. Hakam F. Pelatihan Manajemen Rekam Medis Sesuai Dengan Standar Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis di Puskesmas Kecamatan Weru Kabupaten Sukoharjo. *J Manaj Inf dan Adm Kesehat.* 2018;1(2).
16. Giyatno G, Rizkika MY. Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap dengan Diagnosa Fracture Femur di RSUD Dr. Rm Djoelham Binjai. *J Ilm Perekam dan Inf Kesehat Imelda.* 2018;5(1):62–71.