

Pelaksanaan Analisa Kuantitatif Rekam Medis Berbasis Elektronik Di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Linda Handayuni^{1*}, Dewi Mardiwati², Hendra Nusa Putra³, Ririn Afrima Yenni⁴, Rozi Rahmadian⁵

^{1,2,3,4,5}STIKES Dharma Landbouw Padang

Email: lindahandayuni@gmail.com^{1*}

Abstrak

Pengelolaan dokumen dengan menggunakan sistem yang berbasis komputer/elektronik di sektor kesehatan yang sedang menjadi trend global adalah rekam medis elektronik (RME). Pihak rumah sakit, khususnya rekam medis bagian assembling melakukan pemantauan kualitas mutu berkas rekam medis dengan melaksanakan analisa kuantitatif untuk mengetahui kelengkapan suatu berkas rekam medis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan analisa kuantitatif rekam medis berbasis elektronik di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif cross-sectional dengan pendekatan kuantitatif. Sampel pada penelitian ini berjumlah 182 rekam medis. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan analisis kuantitatif diantara keempat komponen yaitu identifikasi pasien, kelengkapan laporan/catatan yang penting, autentifikasi penulis, dan catatan yang baik diperoleh rata-rata presentase kelengkapan sebesar 95%, kelengkapan tertinggi ditemukan pada komponen identifikasi pasien sebesar 99,5%, sedangkan persentase kelengkapan terendah ditemukan pada komponen kelengkapan laporan/catatan yang penting sebesar 89%. Sebaiknya dilakukan evaluasi dari hasil analisis kuantitatif guna mengurangi ketidaklengkapan rekam medis agar dapat mendukung dalam pengambilan suatu keputusan.

Kata kunci: *Analisa, Kuantitatif, Rekam Medis Elektronik*

Abstract

Document management using a computer/electronic based system in the health sector which is becoming a global trend is the electronic medical record (RME). The hospital, especially the medical record assembly section monitors the quality of medical record files by carrying out quantitative analysis to determine the completeness of a medical record file. The purpose of this study was to determine the implementation of electronic-based quantitative analysis of medical records at RSUP Dr. M. Djamil Padang. This type of research is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. The sample in this study amounted to 182 medical records. Based on the results of the study, it showed that quantitative analysis among the four components, namely patient identification, completeness of important reports/records, author authentication, and good records obtained an average percentage of completeness of 95%, the highest completeness was found in the patient identification component of 99.5%, while the lowest percentage of completeness was found in the important report/record completeness component of 89%. It is better to evaluate the results of quantitative analysis in order to reduce incomplete medical records so that they can support decision making.

Key words: *Analysis, Quantitative, Electronic Medical Records*

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan dan tempat penyelenggaraan upaya kesehatan, serta suatu organisasi dengan sistem terbuka dan selalu berinteraksi dengan lingkungannya untuk mencapai keseimbangan yang dinamis dan mempunyai fungsi utama memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Semakin tinggi tingkat kecerdasan dan sosial ekonomi masyarakat, maka pengetahuan terhadap penyakit, biaya, administrasi, maupun upaya penyembuhan semakin baik. Masyarakat akan menuntut penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas tidak terlepas dari peran tenaga medis dan nonmedis (Depkes RI, 2009). Salah satu pelayanan di rumah sakit yang cukup vital adalah rekam medis.

Pengelolaan dokumen dengan menggunakan sistem yang berbasis komputer/elektronik di sektor kesehatan yang sedang menjadi trend global adalah rekam medis elektronik (RME) (Pribadi, Dewi, & Kusumanto, 2018). Rekam Medik Elektronik (RME) adalah sistem yang menyimpan informasi pasien seperti riwayat medis, hasil tes, dan obat-obatan secara elektronik (Hsieh, Lai, & Kuo, 2013). Rekam Medis Elektronik (RME) dapat meningkatkan pemberian perawatan kesehatan dengan memfasilitasi komunikasi dokter tentang obat-obatan, meningkatkan dokumentasi, meningkatkan efisiensi, dan mendorong berbagi informasi dan tanggung jawab dengan pasien (Shield, et al., 2010). Kontribusi paling signifikan dari RME adalah pasien akan memiliki satu bagan elektronik yang dapat diakses kapan saja di satu rumah sakit.

Pihak rumah sakit, khususnya rekam medis bagian *assembling* melakukan pemantauan kualitas mutu berkas rekam medis dengan melaksanakan analisa kuantitatif untuk mengetahui kelengkapan suatu berkas rekam medis (Lestari, 2014). Analisa kuantitatif terdiri dari 4 (empat) komponen yaitu review identifikasi, review laporan yang penting, review autentikasi dan review pendokumentasian yang benar (Widjaya & Siswati, 2019). Petugas rekam medis harus melakukan kegiatan analisa kuantitatif guna membantu dokter dalam kegiatan pencatatan dan pengisian rekam medis yang lengkap dan akurat (Edy dan Sugiarto, 2017).

RSUP Dr. M. Djamil Padang berencana menerapkan pelayanan dengan rekam medis elektronik demi efisiensi pelayanan dan meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien, dan menjamin *patient safety*. RSUP dr. M. Djamil melaksanakan rekam medis elektronik secara bertahap, yaitu pencatatan resume pulang pasien yang sudah berjalan semenjak triwulan II tahun 2019 dan simulasi rekaman medis elektronik di Instalasi Gawat Darurat (IGD) pada bulan Agustus 2020. Dengan demikian, dengan adanya rekam medis elektronik tersebut penulis ingin mengetahui bagaimana pelaksanaan analisa kuantitatif rekam medis elektronik di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini merupakan penelitian deskriptif *cross-sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Lokasi penelitian ini dilaksanakan di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juni 2022. Populasi pada penelitian ini rekam medis pasien pada bulan Juni 2022 dengan jumlah sampel 182 rekam medis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Penelitian

a. Identifikasi Pasien

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Identifikasi Pasien

No	Nama Item	Persentase Item Kelengkapan Identifikasi Pasien				Jumlah	
		Terisi Lengkap		Tidak Terisi Lengkap		f	%
		f	%	f	%		
1	Nama Lengkap	1	1	0	0	1	1
		8	0			8	0
		2	0			2	0
2	No RM	1	1	0	0	1	1
		8	0			8	0
		2	0			2	0
3	Tempat/Tanggal Lahir	1	9	1	1	1	1
		8	9			8	0

		1		2		0	
4	Jenis Kelamin/Umur	1	9	1	1	1	1
		8	9			8	0
		1				2	0

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa persentase tertinggi kelengkapan identifikasi pasien yaitu terdapat pada item nama lengkap dan nomor rekam medis sebesar 182 rekam medis (100%).

b. Kelengkapan Laporan / Catatan yang Penting

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Laporan / Catatan yang Penting

No	Nama Item	Persentase Item Kelengkapan Laporan / Catatan yang Penting				Jumlah	
		Terisi Lengkap		Tidak Terisi Lengkap			
		f	%	f	%	f	%
		1	Pengkajian Awal	1	9	9	5
		7	5			8	0
		3				2	0
2	Catatan Perkembangan	1	9	6	3	1	1
		7	7			8	0
		6				2	0
3	Informed Consent	1	8	2	1	1	1
		5	4	9	6	8	0
		3				2	0
4	Bukti Pengobatan	1	8	3	1	1	1
		4	1	4	9	8	0
		8				2	0
5	Catatan Saat Pulang	1	8	2	1	1	1
		6	8	1	2	8	0
		1				2	0

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa persentase tertinggi kelengkapan laporan / catatan yang penting yaitu terdapat pada item catatan perkembangan sebesar 176 rekam medis (97%) yang terisi lengkap.

c. Autentifikasi Penulis

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Autentifikasi Penulis

No	Nama Item	Persentase Item Kelengkapan Autentifikasi Penulis				Jumlah	
		Terisi Lengkap		Tidak Terisi Lengkap			
		f	%	f	%	f	%
		1	Nama Dokter	1	8	2	1

		6	8	1	2	8	0
		1				2	0
2	TTD Dokter	1	9	6	3	1	1
		7	7			8	0
		6				2	0
3	Nama Perawat	1	9	1	1	1	1
		6	0	9	0	8	0
		3				2	0
4	TTD Perawat	1	9	6	3	1	1
		7	7			8	0
		6				2	0

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa persentase tertinggi kelengkapan autentifikasi penulis yaitu terdapat pada item tanda tangan dokter dan tanda tangan perawat sebesar 176 rekam medis (97%) yang terisi lengkap.

d. Catatan yang Baik

Tabel 4
Distribusi Frekuensi Catatan yang Baik

No	Nama Item	Persentase Item Kelengkapan Catatan yang Baik					
		Terisi Lengkap		Tidak Terisi Lengkap		Jumlah	
		p		p		p	
		f	%	f	%	f	%
1	Tidak Ada Coretan	1	8	2	1	1	1
		5	7	4	3	8	0
		8				2	0
2	Tidak Ada Tip-Ex	1	1	0	0	1	1
		8	0			8	0
		2	0			2	0
3	Tidak Ada Bagian yang Kosong	1	1	0	0	1	1
		8	0			8	0
		2	0			2	0

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa persentase tertinggi kelengkapan catatan yang baik yaitu terdapat pada item tidak ada tip-ex dan tidak ada bagian yang kosong sebesar 182 rekam medis (100%) yang terisi lengkap.

e. Analisa Kuantitatif Rekam Medis

Tabel 5
Distribusi Frekuensi Analisa Kuantitatif Rekam Medis

Kelengkapan Rekam Medis	Jumlah	Persentase (%)
Lengkap	172	95
Tidak Lengkap	10	5
Total	182	100

Berdasarkan Tabel 5 dijelaskan bahwa hasil kelengkapan rekapitulasi analisis kuantitatif rekam medis sebanyak 172 rekam medis (95%) dan ketidaklengkapan sebanyak 10 rekam medis (5%).

2. Pembahasan

a. Analisa Kuantitatif pada Pengisian Identifikasi Pasien

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa persentase tertinggi kelengkapan pengisian komponen identifikasi pasien yaitu terdapat pada item nama lengkap dan nomor rekam medis sebesar 182 rekam medis (100%) yang terisi lengkap. Persentase terendah terdapat pada item tempat / tanggal lahir dan jenis kelamin / umur sebesar 181 rekam medis (99%) yang terisi lengkap.

Hal ini sejalan dengan penelitian Nisa', Wulandari, dan Pramono (2021) tentang "Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Gondanglegi". Berdasarkan hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa kelengkapan pengisian *review* identifikasi pada dokumen rekam medis pada bagian nama pasien dari 95 dokumen seluruhnya sudah terisi dengan lengkap (100%). Namun, pada bagian nomor rekam medis sebanyak 1% tidak lengkap. Hal tersebut dikarenakan masih ada beberapa kolom nomor rekam medis yang kosong pada dokumen rekam medis karena petugas hanya menulis nomor rekam medis di map dokumen rekam medis. Hal tersebut terjadi karena petugas lupa akibat terburu-buru karena banyaknya pasien dan tidak menulis nomor rekam medis pada dokumen baru dan nomor rekam medis pada kolom di dokumen tidak di isi dikarenakan pada map sudah ada nomor rekam medis pasien tersebut.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Giyatno & Rizkika (2020) tentang "Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Dengan Diagnosa *Fracture Femur* Di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai". Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa persentase tertinggi kelengkapan pengisian komponen identifikasi pasien pada pasien rawat inap diagnosa *fracture femur* yaitu terdapat pada item nama pasien sebesar 20 dokumen rekam medis (56%), nomor rekam medis sebesar 20 dokumen rekam medis (56%) yang terisi lengkap, dan tanggal lahir sebesar 20 dokumen rekam medis (56%) yang terisi lengkap. Persentase terendah terdapat pada item jenis kelamin sebesar 10 dokumen rekam medis (28%) yang terisi lengkap.

Menurut Hatta (2013) dokumen rekam medis dikatakan lengkap apabila semua data yang ada didalamnya terisi lengkap dan benar sesuai ketentuan yang telah ditetapkan di rumah sakit. Khususnya kelengkapan identifikasi yang bertujuan untuk memastikan pemilik dari dokumen rekam medis tersebut. Isian pada *review* identifikasi pada setiap lembar dokumen rekam medis termasuk data administratif sebagai informasi demografi haruslah diisi secara lengkap karena jika tidak diisi berakibat tidak dapat menginformasikan identitas pasien sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan.

Kelengkapan pengisian komponen identifikasi pasien bertujuan untuk memastikan pemilik dari rekam medis tersebut. Jika suatu saat terdapat formulir yang terlepas dari dokumennya apabila tidak terdapat identitas pasien bagaimana bisa diketahui milik siapakah formulir tersebut, maka itulah pentingnya penulisan identifikasi pasien. Di dalam akreditasi hal ini ditunjang pada sasaran keselamatan pasien.

b. Analisa Kuantitatif pada Kelengkapan Laporan / Catatan yang Penting

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa persentase tertinggi kelengkapan pengisian komponen kelengkapan laporan / catatan yang penting yaitu terdapat pada item catatan perkembangan sebesar 176 rekam medis (97%) yang terisi lengkap. Persentase terendah terdapat pada item bukti pengobatan sebesar 148 rekam medis (81%) yang terisi lengkap.

Hal ini sejalan dengan penelitian Dzulhanto (2018) tentang "Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Penyakit Hernia dengan Metode Analisis Kuantitatif". Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa Persentase tertinggi tingkat kelengkapan formulir pelaporan penting terdapat pada formulir ringkasan masuk keluar, resume pasien pulang, grafik vital sign, catatan perkembangan pasien terintegrasi, ringkasan asuhan keperawatan, hasil laboratorium, surat persetujuan tindakan medis, surat pernyataan rawat inap sebanyak 43 dokumen rekam medis (100%).

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Eriko & Widjaja (2017) tentang "Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Secara Kuantitatif di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Taman Puring". Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa persentase kelengkapan terbesar ditemukan pada 3 item yaitu catatan perkembangan terintegrasi, bukti pengobatan dan perawatan, dan catatan saat pulang / resume sebesar 100%.

Menurut Permenkes 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyatakan bahwa untuk kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan mempunyai standar yaitu 100%. Menurut Budi (2011), batas waktu melengkap isi rekam medis yaitu selambat-lambatnya 2 x 24 jam sejak dokumen rekam medis diserahkan ke unit pencatat data oleh petugas *assembling*. Bila batas waktu dilampaui dokumen rekam medis akan diserahkan ke bagian *filling* untuk disimpan tersendiri. Oleh bagian *filling* akan diulangi lagi tata cara tersebut dengan batas waktu 14 x 24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tidak lengkap.

Rekam medis wajib diisi lengkap oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya karena isi dari rekam medis tersebut dapat dijadikan informasi selanjutnya apabila pasien berobat kembali ke pelayanan kesehatan. Apabila pengkajian awal, catatan perkembangan, dan *informed consent* tidak terisi lengkap, maka akan berpengaruh pada ketepatan diagnose pasien. Hal ini dapat menghambat proses coding dan klaim BPJS. Apabila proses klaim terhambat maka pendapatan rumah sakit dapat terhambat juga, karena pendapatan rumah sakit itu didapatkan salah satunya dari pembayaran klaim tersebut.

c. Analisa Kuantitatif pada Autentifikasi Penulis

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa persentase tertinggi kelengkapan pengisian autentifikasi penulis yaitu terdapat pada item tanda tangan dokter dan perawat 176 rekam medis (97%) yang terisi lengkap. Persentase terendah terdapat pada item nama dokter sebesar 161 rekam medis (88%) yang terisi lengkap.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Nurliani & Masturoh (2017) tentang “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Formulir Ringkasan Masuk Dan Keluar Periode Triwulan IV Tahun 2015”. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada item nama dokter dengan persentase 52,6%. Ketidaklengkapan ini dikarenakan kesibukan dokter untuk menulis autentikasi, sehingga dokter lebih sering untuk tanda tangan saja dan bagian identitas yang berupa nama bisa dilengkapi oleh petugas kesehatan lain.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Eriko & Widjaja (2017) tentang “Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Secara Kuantitatif di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Taman Puring”. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa persentase kelengkapan terbesar ditemukan pada item tanda tangan dokter sebesar 100%, sedangkan persentase kelengkapan terkecil ditemukan pada item nama dokter sebesar 49,2%. Hal ini dapat menyebabkan kendala disaat rekam medis akan di jadikan sebagai bukti hukum.

Menurut Sudra (2013) bahwa manfaat dan penggunaan rekam medis berdasarkan aspek legal, rekam medis digunakan sebagai bukti telah terjadinya proses pelayanan kesehatan. Rekam medis akan dihadirkan dalam proses persidangan untuk menyelesaikan kasus mediko-legal (kasus medis bermuatan hukum) guna menelusuri kembali kejadian suatu pelayanan kesehatan melalui runtutan “cerita” yang tercatat / terekam didalamnya. Itulah sebabnya maka rekam medis harus segera dibuat setelah melakukan pelayanan kesehatan. Konsep “tulis yang dilakukan dan lakukan yang ditulis” merupakan salah satu kunci agar rekam medis dapat melaksanakan fungsi legal / hukumnya.

Isian tanda tangan dokter dan nama dokter rekam medis merupakan data klinis yang diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan. Oleh karena itu, perlu diisi item tanda tangan dan nama dokter yang merawat guna untuk memperkuat tanggungjawab seorang dokter dalam pemberian tindakan medis serta pelaksanaan pelayanan medis terhadap pasien. Apabila nama dan tanda tangan dokter tidak terisi maka pemeriksaan, perawatan maupun pengobatan yang telah dilakukan tidak bisa dipertanggungjawabkan oleh dokter tersebut dan bisa dianggap malpraktik secara etik.

d. Analisa Kuantitatif pada Catatan yang Baik

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa persentase tertinggi kelengkapan pengisian catatan yang baik yaitu terdapat pada item tidak ada tip-ex dan bagian yang kosong 182 rekam medis (100%) yang terisi lengkap. Persentase terendah terdapat pada item tidak ada coretan sebesar 158 rekam medis (87%) yang terisi lengkap.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Giyatno & Rizkika (2020) tentang “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Dengan Diagnosa *Fracture Femur* Di RSUD Dr. R.M. Djoelham

Binjai". Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa persentase terendah terdapat pada item pembetulan kesalahan sebesar 16 dokumen rekam medis (44%) yang baik. Hal ini terjadi karena dokter ataupun perawat mencoret pada tulisan yang salah beberapa kali dan tidak membubuhi tanda tangan. Dalam pembetulan kesalahan petugas juga sering menggunakan stipo (dihapus dengan tip ex).

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Eriko & Widjaja (2017) tentang "Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Secara Kuantitatif di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Taman Puring". Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa persentase kelengkapan terbesar ditemukan pada item tidak ada tipe-ex sebesar 100%, sedangkan persentase kelengkapan terkecil ditemukan di item tidak ada coretan sebesar 55,4%.

Menurut Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 5, ayat 5, dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Menurut Sudra (2013) jika terjadi kesalahan tulisan maka untuk memperbaikinya tidak boleh menyebabkan tulisan yang salah tersebut hilang atau tidak terbaca lagi. Secara umum dianjurkan mencoret satu kali pada tulisan yang salah, menulis perbaikan di atas tulisan yang salah dan mencatumkan tanggal dan tanda tangan yang memperbaiki tulisan tersebut.

Pada bagian catatan yang baik kelengkapan terkecil ditemukan pada tidak ada coretan. Menurut peneliti hal ini dapat menyebabkan kesalahan dalam pembacaan rekam medis. Sebaiknya ada sosialisasi tentang pengisian rekam medis yang baik dan benar. Bila ada salah pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah / salah menulis rekam medis pasien lain.

e. Analisa Kuantitatif Rekam Medis

Hasil rekapitulasi analisis kuantitatif rekam medis rawat inap pada RSUP Dr. M. Djamil Padang, bahwa dari 4 komponen kuantitatif yang diteliti dengan mengambil 182 rekam medis. Persentase komponen kelengkapan rata-rata 95%, untuk persentase kelengkapan tertinggi ditemukan pada komponen identifikasi pasien sebesar 99,5%, sedangkan persentase kelengkapan terendah ditemukan pada komponen kelengkapan laporan / catatan yang penting sebesar 89%.

Menurut Permenkes 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyatakan bahwa untuk kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan mempunyai standar yaitu 100%. Menurut peneliti di RSUP Dr. M. Djamil Padang kelengkapan rekam medis belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan Permenkes 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Saran penulis sebaiknya RSUP Dr. M. Djamil Padang perlu melakukan analisis kuantitatif, sebagaimana yang telah ada di Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa penyelenggaraan rumah sakit harus dilakukan audit yang berupa audit kinerja, yang dimaksud dengan audit kinerja adalah pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan.

KESIMPULAN

1. Identifikasi pasien didapatkan persentase kelengkapan rata-rata 99,5%. Persentase kelengkapan tertinggi yaitu pada item nama lengkap dan nomor rekam medis sebesar 100%, sedangkan persentase kelengkapan terendah ditemukan pada item tempat / tanggal lahir dan jenis kelamin / umur sebesar 99%.
2. Kelengkapan laporan / catatan yang penting didapatkan persentase kelengkapan rata-rata 89%. Persentase kelengkapan tertinggi yaitu pada item yaitu catatan perkembangan sebesar 97%, sedangkan persentase kelengkapan terendah ditemukan pada item bukti pengobatan sebesar 81%.
3. Autentikasi penulis didapatkan persentase kelengkapan rata-rata 93%. Persentase kelengkapan tertinggi yaitu pada item tanda tangan dokter dan tanda tangan perawat sebesar 97%, sedangkan persentase kelengkapan terendah ditemukan pada item nama dokter sebesar 88%.
4. Catatan yang baik didapatkan persentase kelengkapan rata-rata 96%. Persentase kelengkapan tertinggi yaitu pada item tidak ada tipe-ex dan bagian yang kosong sebesar 100%, sedangkan persentase kelengkapan terendah ditemukan pada item tidak ada coretan sebesar 87%.

5. Rekapitulasi analisis kuantitatif diantara keempat komponen diperoleh rata-rata presentase kelengkapan sebesar 95%, kelengkapan tertinggi ditemukan pada komponen identifikasi pasien sebesar 99,5%, sedangkan persentase kelengkapan terendah ditemukan pada komponen kelengkapan laporan / catatan yang penting sebesar 89%.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, M. H., Bogale, A. D., Tilahun, B., Kalayou, M. H., Klein, J., Mengiste, S. A., & Endehabtu, B. F. (2020). Intention To Use Electronic Medical Record and Its Predictors Among Health Care Providers At Referral Hospitals, North-West Ethiopia, 2019: Using Unified Theory Of Acceptance and Use Technology 2 (UTAUT2) Model. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, Vol.20 (207).
- Andriani, R., Kusnanto, H., & Istiono, W. (2017). Analisis Kesuksesan Implementasi Rekam Medis Elektronik di RS Universitas Gadjah Mada. *Jurnal Sistem Informasi*, Vol. 13, No. 2: 90-96.
- Arikunto, S. (2006). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Budi, S. C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi I*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Depkes RI. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dzulhanto, B. Y. (2018). Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Penyakit Hernia dengan Metode Analisis Kuantitatif. *Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan (J-MIAK)*, 1-10.
- Edi, S., & Sugiarto. (2017). *Manajemen Informasi Kesehatan IV Etika Profesi dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Eriko, S., & Widjaja, L. (2017). Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Secara Kuantitatif di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Taman Puring. *Jurnal Online Universitas Esa Unggul*.
- Farenholz, & Russo. (2013). *Documentation for Health Records*. Chicago: AHIMA Press.
- Giyatno, & Rizkika, M. Y. (2020). Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Dengan Diagnosa Fracture Femur Di RSUD Dr. R.M. Djoelham Bonjai. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda*, 62-71.
- Handayuni, L. (2020). *Rekam Medis dalam Manajemen Informasi Kesehatan*. Solok: Insan Cendekia Mandiri.
- Hatta, G. R. (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Hatta, G. R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.
- Hidayat, A. A. (2011). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hsieh, P. J., Lai, H. M., & Kuo, P. Y. (2013). Physician Acceptance Behavior of the Electronic Medical Records Exchange: An Extended Decomposed Theory of Planned Behavior. *PACIS*, (hal. 197).
- Huffman, E. K. (1994). *Health Information Management*. United States of America: Physicians Record Company Berwin.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta.
- Lestari, Y. P. (2014). Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Berkas Rekam Medis Rawat Inap Kasus Diabetes Melitus Triwulan I Tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Rahayu Yakkum Purwodadi. *Udinus Repo*.
- Moody, L. E., Slocumb, E., Berg, B., & Jackson, D. (2004). Electronic Health Records Documentation In Nursing: Nurses' Perceptions, Attitudes, and Preferences. *Comput Inform Nurs*, 22 (6): 337-44.
- Nisa', S. R., Wulandari, I., & Pramono, A. (2021). Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Gondanglegi. *Health Care Media*, 88-95.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurliani, A., & Masturoh, I. (2017). Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Formulir Ringkasan Masuk Dan Keluar Periode Triwulan IV Tahun 2015. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 25-46.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental Keperawatan Edisi &*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pribadi, Y., Dewi, S., & Kusumanto, H. (2018). Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, Vol. 8, No. 2.

- Qureshi, Q. A., Shah, B., Khan, N., & Miankhel, A. K. (2012). Determining the Users Willingness to Adopt Electronic Health Record (EHR) in Developing Countries. *Gomal University Journal of Research*, Vol. 28, No. 2.
- Sabarguna, B. S. (2005). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Konsorium RSI Jateng dan DIY.
- Sekretariat Negara. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta.
- Shield, R. R., Goldman, R. E., Anthony, D. A., Wang, N., Doyle, R. J., & Borkan, J. (2010). Gradual Electronic Health Record Implementation: New Insights on Physician and Patient Adaptation. *Annals of Family Medicine*, Vol. 8, No. 4: 316-326.
- Shortliffe, H. E. (2001). *Medical Informatics: Computer Applications in Health Care*. Springer.
- Sudra, R. I. (2013). *Rekam Medis*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Thede, L. (2008). Electronic Personal Health Records: Nursing's Role. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 14, No. 1.
- Widjaya, L., & Siswati. (2019). Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 7, No. 1: 44-51.