

**ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS DIAGNOSA
PNEUMONIA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI**

*Analysis of the Completeness of Medical Record Documents for Inpatients Diagnosed with
Pneumonia at Baptist Hospital Kediri*

Kristiani Putri Ayu Parera

Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA)
Malang

Pembimbing: Robiatud Daniyah, S.ST., M.Kes

Email: ayuparera60@gmail.com

ABSTRAK

Salah satu ukuran kualitas pelayanan rumah sakit adalah kelengkapan rekam medis, yang berfungsi sebagai dasar pelaporan, sumber informasi klinis, saluran komunikasi antar tenaga medis, dan pendukung administrasi serta klaim pendanaan kesehatan. Ketepatan pengambilan keputusan klinis, kualitas perawatan, dan proses pengkodean diagnostik semuanya dapat terpengaruh secara negatif oleh dokumentasi yang tidak lengkap. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kelengkapan dokumentasi rekam medis terkait diagnosis pneumonia pada pasien rawat inap Rumah Sakit Baptist Kediri. Dengan populasi dan sampel sebanyak 56 dokumen rekam medis yang dikumpulkan menggunakan strategi pengambilan sampel total antara Januari 2025 dan April 2026, penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Sebuah daftar periksa digunakan untuk mengumpulkan data melalui observasi, dan proporsi dokumen lengkap dihitung untuk analisis univariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 48 dokumen (85,71%) dianggap lengkap, sedangkan 8 dokumen (14,29%) dianggap tidak lengkap. Bentuk ketidaklengkapan tersebut meliputi identifikasi pasien, hasil pemeriksaan pendukung, diagnosis, dan tanda tangan atau nama dokter. Meskipun catatan rekam medis pneumonia di rumah sakit umumnya sangat lengkap, masih ada beberapa kekurangan, terutama di bidang yang berkaitan dengan resume medis dan verifikasi profesional kesehatan.

Kata Kunci: Kelengkapan Rekam Medis, Pneumonia, Rawat Inap, Rekam Medis, Rumah Sakit.

ABSTRACT

One measure of the quality of hospital services is the completeness of medical record records, which serve as a foundation for reporting, a source of clinical information, a channel of communication between medical professionals, and support for administration and health funding claims. The precision of clinical decision-making, the quality of care, and the diagnostic coding process may all be negatively impacted by incomplete documentation. The purpose of this research is to ascertain the degree of completeness of medical record documentation pertaining to pneumonia diagnosis in Kediri Baptist Hospital inpatients. With a population and sample of 56 medical record documents collected using a total sampling strategy between January 2025 and April 2026, the research used a quantitative method with a

descriptive approach. A checklist was used to gather data via observation, and the proportion of full documents was calculated for univariate analysis. The findings revealed that 48 papers (85.71%) were deemed complete, while 8 documents (14.29%) were deemed incomplete. The forms of incompleteness included the patient's identification, supporting examination results, diagnosis, and the doctor's signature or name. Although the hospital's pneumonia medical record records are generally very full, there are still some shortcomings, particularly in the areas pertaining to medical resumes and health professional verification.

Keywords: Medical Record Completeness, Pneumonia, Inpatient, Medical Records, Hospital

PENDAHULUAN

Layanan kesehatan sangat diperlukan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan perawatan medis, baik untuk penyembuhan maupun pemulihan. Selain menyediakan perawatan medis, fasilitas kesehatan merupakan bagian dari sistem jaringan yang menyediakan berbagai layanan, mulai dari perawatan dasar hingga rujukan yang lebih kompleks. Mempertahankan kualitas dan melayani semua lapisan masyarakat, penyedia layanan harus terus menyesuaikan diri dengan standar yang relevan dalam menghadapi meningkatnya harapan masyarakat akan layanan yang cepat, aman, dan berkualitas tinggi. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan melalui berbagi pengetahuan yang berkelanjutan di antara para profesional kesehatan merupakan bagian dari misi fasilitas kesehatan. Dalam situasi ini, upaya untuk meningkatkan kualitas kerja sangat penting karena peningkatan kualitas layanan yang berkelanjutan dan konsisten memiliki

dampak besar pada kepuasan pasien (Sulastria, 2018).

Penilaian menyeluruh terhadap sistem pelayanan saat ini dapat digunakan untuk menetapkan kualitas pelayanan kesehatan, yang didasarkan pada kepatuhan pelayanan terhadap standar profesional dan penggunaan sumber daya yang efisien untuk mencapai tujuan pelayanan dan kesehatan terbaik (Bustami, 2011). Manajemen informasi kesehatan merupakan salah satu indikator utama kualitas pelayanan, dan mencakup tidak hanya proses medis tetapi juga faktor pendukung lainnya (Kementerian Kesehatan, 2008). Prosedur pengkodean diagnostik, yang membutuhkan data medis yang benar dan komprehensif untuk menjamin hasil yang akurat, merupakan komponen penting dari manajemen informasi ini. Pada kenyataannya, hal ini semakin diperkuat oleh berbagai data pendukung, termasuk temuan radiologis dan laboratorium (Utami, 2019).

Standar total pelayanan pasien, kelengkapan catatan layanan kesehatan merupakan metrik penting untuk

mengevaluasi kualitas layanan (Hatta, 2013). Catatan yang komprehensif dan terorganisir akan memberikan informasi yang dapat dipercaya untuk meningkatkan pengambilan keputusan klinis oleh tenaga medis, namun catatan yang tidak memadai dapat menghambat diagnosis, pemilihan pengobatan, dan kesinambungan perawatan (Huffman, 1994). Kualitas data yang digunakan untuk perencanaan dan evaluasi perawatan kesehatan secara keseluruhan juga dapat terpengaruh oleh catatan yang tidak lengkap.

Pneumonia, infeksi paru akut yang menyerang alveoli, ditandai dengan peradangan yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, atau jamur yang dapat mengganggu fungsi pernapasan. Penyakit ini dapat menyebabkan masalah sistemik jika pengobatan ditunda karena menyebabkan alveoli membesar dengan cairan atau nanah, yang mengakibatkan pertukaran oksigen yang tidak efektif (Organisasi Kesehatan Dunia, 2023). Pneumonia adalah infeksi saluran pernapasan bawah yang sering membutuhkan perawatan intensif, terutama pada mereka yang memiliki gejala berat, lansia, atau mereka yang memiliki masalah medis yang mendasarinya. Pengobatan melibatkan sejumlah prosedur medis yang perlu didokumentasikan secara cermat, mulai dari pemeriksaan pertama hingga evaluasi kesehatan pasien.

Dokumentasi yang akurat sangat penting karena berfungsi sebagai dasar untuk pengambilan keputusan klinis, mendorong komunikasi antar tenaga medis, dan menjamin kesinambungan perawatan selama pengobatan (WHO, 2023).

Studi pendahuluan di Rumah Sakit Baptis Kediri menunjukkan bahwa dokumentasi pasien masih kurang memadai, meskipun pneumonia merupakan penyakit yang umum terjadi di antara pasien rawat inap. Kekurangan tersebut meliputi identifikasi pasien yang tidak lengkap, catatan riwayat medis, hasil pemeriksaan pendukung, data diagnosis dan pengobatan, serta kurangnya nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Kekurangan ini dapat menyebabkan kesulitan administratif, penurunan kualitas pelayanan, dan gangguan dalam pengolahan dan pelaporan data. Dari evaluasi awal hingga pengawasan klinis selama pengobatan, pasien pneumonia seringkali membutuhkan perawatan berkelanjutan. Keadaan ini juga menuntut pencatatan yang menyeluruh dan terorganisir dengan baik sesuai dengan standar perawatan kesehatan yang berlaku.

TINJAUAN PUSTAKA

Pengkodean adalah proses merepresentasikan komponen data, khususnya di sektor kesehatan, seperti diagnosis, prosedur, dan masalah

kesehatan, menggunakan huruf, angka, atau campuran keduanya. Hatta (2013) mendefinisikan pengkodean sebagai proses menentukan prosedur atau diagnosis dari data medis dan kemudian mengalokasikan kode sesuai dengan skema kategorisasi yang digunakan.

Sistem ICD-10 (Klasifikasi Statistik Internasional Penyakit dan Masalah Kesehatan Terkait) adalah klasifikasi penyakit standar yang digunakan dalam pengkodean diagnostik di Indonesia. Institusi kesehatan menggunakan pendekatan ini untuk menstandarisasi pelaporan dan pencatatan diagnosis.

J12 untuk pneumonia virus, J13 untuk *Streptococcus pneumoniae*, J14 untuk *Haemophilus influenzae*, J15 untuk pneumonia bakteri, J16 untuk organisme lain, dan J18 untuk pneumonia tanpa penyebab yang diketahui, termasuk J18.0 bronkopneumonia dan J18.8 pneumonia lainnya, termasuk di antara kode pneumonia yang ditemukan dalam ICD-10 Volume 1.

Ketersediaan data klinis harus dipertimbangkan selama pengkodean. Kode yang lebih tepat digunakan jika penyebabnya diketahui; kode J18 digunakan jika tidak diketahui. Jika pneumonia terkait dengan penyakit lain, kode tambahan dapat digunakan.

Karena berkaitan dengan kesinambungan pengobatan, penilaian, dan pertimbangan hukum dan administratif, keakuratan pencatatan informasi kesehatan merupakan indikasi penting dari kualitas layanan. Pengambilan keputusan klinis dan kualitas layanan dapat terhambat oleh dokumentasi yang tidak lengkap (Huffman, 1994).

Penyakit pneumonia itu sendiri bervariasi intensitasnya, dan diagnosis serta pengobatan yang tepat bergantung pada dokumentasi yang menyeluruh. Organisasi Kesehatan Dunia menekankan bahwa untuk menjamin pengobatan yang tepat, diagnosis pneumonia harus didukung oleh bukti klinis yang meyakinkan.

Informasi klinis termasuk riwayat medis, pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan, dan perjalanan penyakit pasien, catatan pasien pneumonia juga mencakup informasi administratif seperti identifikasi pasien. Untuk benar-benar mewakili kondisi pasien, semua informasi ini harus dicatat secara lengkap.

Tes pendukung seperti temuan laboratorium dan rontgen dada sangat penting untuk memverifikasi diagnosis pneumonia. Oleh karena itu, keakuratan diagnosis dan kualitas layanan sangat bergantung pada kelengkapan seluruh data.

Mengubah data diagnosis, pengobatan, dan kondisi pasien menjadi kode standar, pengkodean merupakan langkah penting

dalam sistem informasi kesehatan. Prosedur ini memudahkan berbagai institusi perawatan kesehatan untuk menggabungkan, mencatat, dan menganalisis data kesehatan dengan cara yang lebih terorganisir dan konsisten.

Pengkodean bergantung pada kelengkapan data klinis yang mendukung penetapan kode selain diagnosis dasar. Data yang tidak lengkap memengaruhi pelaporan dan penilaian layanan perawatan kesehatan dan menurunkan akurasi proses pengkodean.

Kualitas pencatatan yang dilakukan oleh tenaga medis memiliki dampak signifikan pada akurasi pengkodean. Kode akhir akan lebih akurat jika informasinya lebih komprehensif. Hal ini penting karena kode diagnostik digunakan untuk sejumlah hal, termasuk pelaporan, data kesehatan, dan bahkan klaim biaya perawatan kesehatan.

Komponen penting untuk memastikan akurasi pengkodean adalah kelengkapan data klinis dalam setiap prosedur perawatan pasien. Prosedur pengkodean dapat diselesaikan dengan lebih tepat dengan pencatatan yang tepat dan metodis, menghasilkan data kesehatan yang berkualitas tinggi dan andal.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di fasilitas yang terhubung dengan Rumah Sakit Baptis

Kediri dari Januari–Desember 2025 hingga Januari–April 2026 menggunakan teknik kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Seluruh 56 rekam medis pasien rawat inap yang didiagnosis pneumonia selama periode tersebut dimasukkan dalam populasi penelitian. Karena ukuran populasi yang sangat kecil, semua sampel diambil menggunakan pendekatan pengambilan sampel keseluruhan, sehingga memungkinkan pemeriksaan menyeluruh pada setiap unit.

Daftar periksa yang mencakup identitas, otentikasi, pelaporan penting, dan akurasi pencatatan digunakan untuk mengukur kelengkapan formulir registrasi pasien pneumonia, yang berfungsi sebagai variabel penelitian. Observasi dan dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data, yang kemudian dianalisis secara univariat untuk menentukan proporsi setiap variabel dalam setiap kategori yang diteliti.

HASIL

Gambaran Sampel Penelitian

Penelitian menunjukkan bahwa diagnosis yang dilaporkan bervariasi dalam beberapa hal, dengan bronkopneumonia dan pneumonia tanpa kriteria tambahan sebagai yang paling umum. Pneumonia kiri, pneumonia kanan, pneumonia basal bilateral, bronkopneumonia bilateral,

bronkopneumonia kanan, dan bronkopneumonia kiri termasuk di antara varian lain yang ditemukan.

ICD-10 J18.9 sering digunakan untuk mengkode semua kasus pneumonia, sedangkan ICD-10 J18.0 digunakan untuk mengkode kasus bronkopneumonia. Pemeriksaan pendukung, terutama rontgen dada (toraks AP/PA), yang digunakan untuk menunjukkan kelainan paru-paru dan membantu menguatkan kondisi klinis pasien, membantu mendukung diagnosis dalam sebagian besar kasus.

Tabel Distribusi Jenis Diagnosis pada Sampel Penelitian

No	Jenis Diagnosis	Jumlah	Persentase (%)
1	Pneumonia tanpa spesifik	20	35,71%
2	Pneumonia sinistra	2	3,57%
3	Pneumonia dextra	1	1,79%
4	Pneumonia bilateral basal	1	1,79%
5	Bronkopneumonia tanpa spesifikasi	25	44,64%
6	Bronkopneumonia bilateral	2	3,57%
7	Bronkopneumonia dextra	3	5,36%
8	Bronkopneumonia sinistra	2	3,57%
Total		56	100%

Menurut statistik di atas, bronkopneumonia yang tidak teridentifikasi berjumlah 25 kasus (44,64%) dari seluruh pasien rawat inap di Rumah Sakit Baptis Kediri, sedangkan pneumonia yang tidak spesifik berjumlah 20 kasus (35,71%). Tiga pasien (5,36%) menderita bronkopneumonia kanan, sementara dua kasus (3,57%) masing-masing menderita pneumonia kiri, bronkopneumonia bilateral, dan bronkopneumonia kiri. Satu kasus pneumonia basal bilateral dan pneumonia kanan (1,79%) masing-masing teridentifikasi.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa bronkopneumonia yang tidak teridentifikasi dan pneumonia yang tidak spesifik mendominasi diagnosis yang tercatat dalam rekam medis pasien rawat inap Rumah Sakit Baptis Kediri. Lebih lanjut, sejumlah varian diagnosis tambahan ditemukan, termasuk bronkopneumonia kiri, pneumonia kanan, dan pneumonia kiri. Tergantung pada temuan pemeriksaan dan penilaian medis dokter yang merawat, perbedaan diagnosis ini mewakili berbagai kondisi klinis pasien. Data diagnostik yang ditemukan dalam rekam medis dan temuan dari setiap tes pendukung yang mengkonfirmasi diagnosis berfungsi sebagai dasar untuk pengkodean.

Rontgen dada atau rontgen dada AP/PA adalah pemeriksaan pendukung yang paling sering dilakukan untuk pasien. Pemeriksaan radiologi mengungkapkan berbagai karakteristik, termasuk infiltrasi paru, pneumonia kiri, pneumonia kanan, pneumonia bilateral, pneumonia basal, bronkopneumonia bilateral, bronkopneumonia kanan, dan bronkopneumonia kiri, sesuai dengan temuan yang didokumentasikan dalam rekam medis. Di Rumah Sakit Baptis Kediri, dokter menggunakan temuan tes ini untuk membuat diagnosis dan memutuskan cara terbaik untuk merawat pasien.

Persentase dokumen rekam medis yang cukup lengkap untuk mendiagnosis pneumonia

Persentase kelengkapan berikut ditentukan dengan menganalisis 56 rekam medis pasien rawat inap yang telah didiagnosis menderita pneumonia:

Tabel Persentase Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Diagnosa Pneumonia

Kategori	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Dokumen lengkap	48	85,71%
Dokumen tidak lengkap	8	14,29%
Total	56	100%

Menurut penelitian, 48 (85,71%) dari 56 catatan pasien rawat inap pneumonia di Rumah Sakit Baptis Kediri dinyatakan lengkap, sedangkan 8 (14,29%) ditemukan tidak lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun materi secara umum cukup lengkap, masih terdapat beberapa kekurangan.

Dua contoh identifikasi pasien yang tidak lengkap, satu kasus diagnosis yang tidak lengkap, dua kasus data pemeriksaan pendukung yang hilang, dan tiga kasus tanda tangan atau nama dokter yang tidak lengkap termasuk di antara banyak bentuk ketidaklengkapan yang ditemukan dalam delapan berkas yang tidak lengkap tersebut. Keadaan ini menunjukkan bahwa sejumlah aspek penting dalam pencatatan rekam medis klinis masih kurang.

Tabel Distribusi Kasus Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pneumonia

No	Jenis Ketidaklengkapan	Jumlah	%
1	Identitas pasien belum terisi lengkap	2	25,00%
2	Diagnosis belum terisi lengkap	1	12,50%
3	Hasil pemeriksaan penunjang belum dicantumkan	2	25,00%
4	Tanda tangan/nama dokter belum lengkap	3	37,50%
Total		8	100%

Tabel di atas menampilkan 3 (37,50%) dari delapan kasus data medis pasien pneumonia yang tidak lengkap.

Selain itu, ditemukan bahwa dua (25,00%) kasus tidak memiliki identitas pasien dan data pemeriksaan pendukung. Hanya satu kasus (12,50%), diagnosis yang tidak lengkap merupakan bentuk ketidaklengkapan yang paling jarang terjadi.

PEMBAHASAN

Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pneumonia

Menurut temuan penelitian yang dilakukan pada 56 rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Baptis Kediri yang didiagnosis pneumonia antara Januari dan Desember 2025 dan Januari dan April 2026, 48 dokumen (85,71%) ditemukan lengkap, sedangkan 8 dokumen (14,29%) ditemukan tidak lengkap.

Temuan ini menunjukkan bahwa rekam medis pneumonia di Rumah Sakit Baptis Kediri dianggap lengkap karena sebagian besar dokumen telah diisi sesuai dengan unsur-unsur yang diperlukan dalam rekam medis. Nama pasien, diagnosis, temuan tes pendukung, dan ringkasan medis yang ditulis oleh tenaga medis merupakan bagian dari kelengkapan ini.

Sebagian besar tenaga kesehatan telah melengkapi rekam medis sesuai dengan persyaratan yang relevan, seperti yang terlihat dari tingkat kelengkapan 85,71%.

Ini menunjukkan tingkat kesadaran manajemen rekam medis yang tinggi di kalangan tenaga kesehatan.

Sesuai dengan Pedoman Penyusunan Rekam Medis di Rumah Sakit Baptis Kediri, formulir yang ditemukan dalam rekam medis pasien rawat inap pneumonia digunakan untuk mengevaluasi kelengkapan rekam medis dalam penelitian ini.

Tabel Daftar Formulir Dokumen Rekam Medis Pasien Pneumonia Rawat Inap

No	Nama Formulir	Nomor Formulir
1	Ringkasan pasien masuk dan keluar	003/05/rev 01/RSBK/2014
2	Assemen awal medis dokter IGD	001/03/rev 02/RSBK/2020
3	Assesmen awal medis dokter spesialis	001/02/rev 02/RSBK/2020
4	Catatan perkembangan pasien terintegritas (CPPT)	002/02/rev 00/RSBK/2014
5	Penempelan hasil radiologi (thorax AP/PA, foto thoraks)	045/04/rev 01/RSBK/2014
6	Penempelan hasil laboratorium	046/04/rev 01/RSBK/2014

7	Ringkasan pulang (Resume Medis)	019/04/rev 02/RSBK/2019
---	------------------------------------	----------------------------

Berdasarkan tabel di atas, formulir terpenting dalam penelitian ini adalah Lampiran Hasil Radiologi dan Ringkasan Pemulangan (Ringkasan Medis). Formulir Lampiran Hasil Radiologi digunakan untuk memverifikasi keberadaan rontgen dada AP/PA atau rontgen dada sebagai pemeriksaan pendukung untuk diagnosis pneumonia. Sementara itu, hasil berbagai tes laboratorium yang mengkonfirmasi diagnosis dan melacak status pasien dicatat menggunakan Formulir Lampiran Temuan Laboratorium. Tes-tes ini mungkin termasuk pemeriksaan dahak. Selain itu, keakuratan diagnosis pasien, hasil tes, dan data layanan dinilai menggunakan formulir Ringkasan Pemulangan. Hasilnya, pengisian formulir-formulir ini memiliki pengaruh besar terhadap kualitas pencatatan rekam medis dan keakuratan data klinis untuk pasien pneumonia.

Pemeriksaan Rekam Medis yang Belum Lengkap

Sebagian besar berkas rekam medis yang belum lengkap dalam penyelidikan kami terletak di area rekam medis pasien pneumonia. Kondisi pasien selama terapi, diagnosis akhir, temuan tes pendukung, dan operasi bedah apa pun yang dilakukan semuanya dirangkum dalam rekam medis,

yang sangat penting karena menawarkan gambaran menyeluruh tentang perjalanan perawatan pasien.

Delapan berkas dengan bagian rekam medis yang hilang ditemukan setelah 56 rekam medis diperiksa. Keadaan ini menunjukkan bahwa norma untuk kelengkapan dokumen, yang seharusnya dipenuhi secara tepat waktu dan komprehensif, masih belum diterapkan secara teratur. Kualitas data klinis yang digunakan dalam perawatan lanjutan, pengambilan keputusan medis, dan prosedur manajemen perawatan kesehatan dapat terancam oleh rekam medis yang kurang memadai ini.

Setiap rekam medis harus disiapkan segera setelah pasien mendapatkan perawatan, dengan batasan waktu maksimal satu konsultasi 24 jam, sesuai dengan aturan pembuatan dokumen Rumah Sakit Baptis Kediri. Untuk menjamin keakuratan data yang dihasilkan, setiap rekam medis harus ditandatangani dengan tanggal rekam medis dan nama lengkap penyedia layanan kesehatan yang disetujui.

Dampak Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis

Sejumlah faktor, termasuk evaluasi klinis dan penilaian kualitas layanan secara keseluruhan, dapat terpengaruh oleh data perawatan kesehatan yang tidak lengkap. Gambaran yang jelas tentang kondisi pasien mungkin berkurang karena informasi yang

tidak terorganisir, yang menyebabkan prosedur evaluasi yang kurang ideal.

Informasi yang tidak memadai dapat mempersulit praktisi medis untuk memahami kondisi pasien. Hal ini dapat memengaruhi seberapa akurat keputusan dibuat tentang kebutuhan pasien akan tindakan atau perawatan lebih lanjut.

Catatan yang tidak lengkap juga dapat mempersulit pengelolaan informasi dan menurunkan akurasi data yang digunakan untuk penilaian kinerja dan kualitas layanan dari sudut pandang administrasi dan pengolahan data. Pada akhirnya, hal ini memengaruhi seberapa efektif seluruh sistem layanan tersebut. Pada akhirnya, hal ini memengaruhi efektivitas sistem layanan kesehatan secara keseluruhan dan kesinambungan perawatan pasien. Dampak tersebut antara lain :

1. Aspek Pelayanan Kesehatan

Salah satu sumber informasi terpenting dalam proses perawatan adalah dokumentasi perawatan pasien. Kesehatan pasien, temuan pemeriksaan, diagnosis, dan pengobatan mungkin tidak tercatat sepenuhnya, yang dapat mengganggu alur perawatan. Para profesional kesehatan mungkin merasa kesulitan untuk mengevaluasi kondisi pasien secara menyeluruh dalam keadaan ini, yang pada akhirnya dapat memengaruhi seberapa akurat mereka

menentukan langkah terapi selanjutnya untuk pasien.

2. Aspek Administrasi dan Klaim

Dokumentasi rekam medis juga sangat penting untuk prosedur administrasi rumah sakit, seperti pengajuan klaim melalui sistem INACBG ke BPJS Kesehatan. Karena persyaratan administrasi yang tidak memadai, rekam medis yang tidak lengkap dapat menghambat proses klaim dan mungkin menyebabkan prosedur verifikasi dan distribusi tertunda.

3. Aspek Mutu Rekam Medis

Salah satu metrik penting untuk mengevaluasi kualitas layanan adalah kelengkapan pencatatan rekam medis. Kelengkapan catatan menunjukkan bahwa proses layanan telah diselesaikan sesuai dengan standar dan terorganisir serta tercatat dengan baik. Hal ini mendorong keseragaman informasi di seluruh proses perawatan kesehatan dan mencerminkan kualitas perawatan yang diberikan.

KESIMPULAN

Berdasarkan temuan penelitian, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Diagnosa Pneumonia

Diagnosis pneumonia di antara pasien rawat inap di Rumah Sakit

Baptis Kediri umumnya dianggap terdokumentasi dengan baik dalam rekam medis. Menurut kriteria kelengkapan rekam medis, 48 (85,71%) dari 56 rekam medis yang dianalisis dianggap lengkap, sedangkan 8 (14,29%) dinyatakan tidak lengkap.

Identifikasi pasien, diagnosis pneumonia menggunakan kode ICD-10 J18.9 untuk pneumonia dan J18.0 untuk bronkopneumonia, hasil pemeriksaan pendukung seperti rontgen dada atau rontgen dada AP/PA, dan ringkasan medis komponen penting dari dokumentasi perawatan pasien rawat inap semuanya termasuk dalam kelengkapan rekam medis ini.

2. Persentase Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Di Rumah Sakit Baptis Kediri, 48 dari 56 catatan diagnostik pneumonia pasien rawat inap telah lengkap sebesar 85,71%. Delapan catatan, atau 14,29% lebih banyak, masih belum selesai. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar catatan telah diisi dengan baik, sejumlah kekurangan ditemukan, terutama pada bagian ringkasan medis, yang tidak sepenuhnya sesuai dengan persyaratan pencatatan rekam medis rumah sakit.

3. Jenis Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis

Rekam medis pasien pneumonia memiliki ketidaklengkapan seperti yang terlihat dalam penelitian ini. Karena memberikan ringkasan kondisi pasien selama terapi, termasuk diagnosis akhir dan temuan dari setiap tes pendukung, rekam medis merupakan bagian penting. Integritas data klinis, yang seharusnya menggambarkan sepenuhnya perjalanan pengobatan pasien, dapat terganggu oleh ketidaklengkapan pada bagian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Bustami. (2011). *Penerimaan manajemen mutu pelayanan kesehatan*. Universitas Erlangga.
- Hatta, G. R. (2013). *Pedoman manajemen informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan* (Edisi 2 revisi). Universitas Indonesia Press.
- Huffman, E. K. (1994). *Health information management* (10th ed.). Physician's Record Company.
- Sugiyono. (2019). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Sulastria. (2018). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*. Deepublish.
- Utami, N. (2019). Kelengkapan informasi medis pendukung dalam rekam

medis pasien rawat inap menentukan keakuratan kode diagnostik. *Jurnal Informasi Kesehatan dan Rekam Medis*, 2(1), 45–52.

WHO. (2023). *Pneumonia*. World Health Organization.