HJK HOLISTIK JURNAL KESEHATAN
ISSN 1978-3337 (Print)
ISSN 2620-7478 (Online)
DOI: 10.33024
Nomor: 79/E/KPT/2023

INFORMASI ARTIKEL
Received: June, 30, 2026
Revised: August, 27, 2026
Available online: August, 31, 2026
at: https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/hjk

Peran rekam medis elektronik dalam peningkatan komunikasi interdisipliner pasien rehabilitasi medik: Sebuah tinjauan literatur

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

Abstract

Background: Medical rehabilitation services require effective interdisciplinary communication, as they involve various health professions in patient assessment and care planning. Inadequate communication can fragment team coordination.
Purpose: To analyze the role of Electronic Medical Records (EMR) in enhancing interdisciplinary communication within medical rehabilitation.
Method: A literature review design using the PICO approach was employed, involving a search for articles in Indonesian and English (2011–2025) across PubMed, Scopus, Google Scholar, and ScienceDirect.
Results: EMRs serve as an integrated information infrastructure that improves information sharing, visibility, and decision support, particularly through features tailored to clinical needs. However, significant barriers remain, such as the illusion of communication and low interoperability.
Conclusion: EMRs are strategic tools for improving rehabilitation outcomes, provided they are designed for interoperability and supported by a collaborative culture.

Keywords: Electronic Medical Records; Interdisciplinary Communication; Medical Rehabilitation.

PENDAHULUAN

Rehabilitasi medik merupakan salah satu area pelayanan kesehatan yang sangat bergantung pada kolaborasi interdisipliner. Proses pelayanan rehabilitasi melibatkan berbagai profesi, seperti dokter spesialis rehabilitasi, fisioterapis, terapis okupasi, perawat, dan psikolog yang masing-masing berkontribusi terhadap penilaian dan intervensi fungsi pasien secara holistik (Skumsnes et al., 2023). Kompleksitas ini menuntut adanya sistem komunikasi yang efektif agar seluruh anggota tim memiliki pemahaman yang selaras mengenai kondisi, perkembangan, dan rencana perawatan pasien. Namun demikian, berbagai studi menunjukkan bahwa komunikasi interdisipliner dalam layanan rehabilitasi masih menghadapi hambatan signifikan, mulai dari keterbatasan akses terhadap informasi tertulis pasien, lemahnya pertukaran informasi lintas level layanan, hingga ketiadaan budaya bersama dalam praktik rehabilitasi (Skumsnes et al., 2023). Tanpa sistem komunikasi yang memadai, koordinasi tim menjadi terfragmentasi dan berpotensi menurunkan mutu luaran pasien.

Rekam Medis Elektronik (RME) telah lama dipromosikan sebagai solusi infrastruktur informasi yang dapat mengakumulasi, mengintegrasikan, dan mengomunikasikan data klinis dari seluruh profesi dalam satu sistem yang dapat diakses bersama (Winman & Rystedt, 2011; Sukawan et al., 2021). Secara konseptual, RME berfungsi sebagai hub komunikasi yang memungkinkan setiap tenaga kesehatan menuangkan temuan klinis dan rencana tindakan secara terdokumentasi, sehingga memfasilitasi pengambilan keputusan bersama dan kesinambungan perawatan (Winman & Rystedt, 2011; Sukawan et al., 2021).

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

Sebuah tinjauan sistematis menegaskan bahwa RME, khususnya yang telah dimodifikasi (*enhancement*), mampu mengubah pola komunikasi dan praktik interprofesional secara signifikan melalui peningkatan *information sharing, visibility of information, closed-loop feedback,* dan *decision support* (Robertson et al., 2022). Di sisi lain, implementasi RME juga tidak luput dari tantangan. Studi-studi terdahulu melaporkan bahwa RME justru dapat menciptakan *illusion of communication,* yaitu informasi yang dimasukkan ke dalam sistem diasumsikan telah dikomunikasikan padahal tidak selalu dibaca atau ditindaklanjuti oleh anggota tim lain (Robertson et al., 2022; Bardach et al., 2017). Hambatan seperti perbedaan pendekatan dokumentasi antarprofesi, interoperabilitas yang rendah, beban dokumentasi yang tinggi, dan keterbatasan literasi digital turut mempersulit realisasi potensi komunikatif RME (Kosteniuk et al., 2024; Bekele et al., 2024).

Meskipun literatur mengenai RME dan komunikasi interprofesional telah cukup berkembang secara umum, sintesis yang secara spesifik membahas peran RME dalam konteks rehabilitasi medik masih sangat terbatas (Skumsnes et al., 2023). Sebagian besar tinjauan sistematis yang ada berfokus pada lingkungan rumah sakit umum atau perawatan primer, dan belum secara eksplisit menguraikan bagaimana karakteristik unik rehabilitasi medik, yang mencakup perawatan lintas level, multidisiplin, dan berorientasi pada status fungsional, memengaruhi efektivitas RME sebagai alat komunikasi dan koordinasi. Padahal, urgensi untuk memahami peran RME dalam konteks rehabilitasi menjadi semakin besar seiring dengan meningkatnya kebutuhan layanan rehabilitasi dan tuntutan digitalisasi sistem kesehatan di Indonesia, yang mewajibkan seluruh fasilitas kesehatan menyelenggarakan RME paling lambat 31 Desember 2023 sesuai Permenkes No. 24 Tahun 2022 (Andriani et al., 2024; Akbar, 2025).

Oleh karena itu, *literature review* ini bertujuan untuk mensintesis bukti-bukti ilmiah terkini mengenai peran rekam medis elektronik dalam meningkatkan komunikasi interdisipliner pada pelayanan rehabilitasi medik. Secara spesifik, tinjauan ini akan membahas empat aspek utama: (1) peran RME sebagai sarana komunikasi interdisipliner, (2) dampak RME terhadap koordinasi tim rehabilitasi, (3) hambatan dan faktor pendukung implementasi RME, serta (4) implikasi RME terhadap outcome pasien rehabilitasi. Hasil sintesis ini diharapkan dapat memberikan landasan konseptual bagi pengembangan dan implementasi RME yang lebih efektif dalam pelayanan rehabilitasi medik di Indonesia.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *literature review* dengan mengumpulkan, menyeleksi, dan mengkaji berbagai artikel ilmiah yang relevan dengan topik peran Rekam Medis Elektronik (RME) dalam meningkatkan komunikasi interdisipliner pada pelayanan rehabilitasi medik. Pendekatan kerangka PICO digunakan sebagai panduan, yaitu P (*Problem*): Komunikasi interdisipliner yang belum optimal dalam pelayanan rehabilitasi medik, I (*Intervention*): Penerapan RME/*Electronic Health Record* sebagai sistem informasi terintegrasi, C (*Compare*): Rekam medis konvensional (manual/terpisah), dan O (*Output*): Peningkatan komunikasi interdisipliner, koordinasi tim rehabilitasi, dan kualitas luaran pasien.

Pencarian literatur dilakukan pada beberapa basis data elektronik, yaitu PubMed, Scopus, Google Scholar, ScienceDirect, dan Garuda (Garba Rujukan Digital), serta jurnal-jurnal terakreditasi yang dapat diakses secara terbuka (*open access*) melalui portal jurnal kesehatan dan manajemen rumah sakit. Rentang tahun publikasi yang ditelusuri adalah 2011 hingga 2025, dengan batasan bahasa Indonesia dan Inggris.

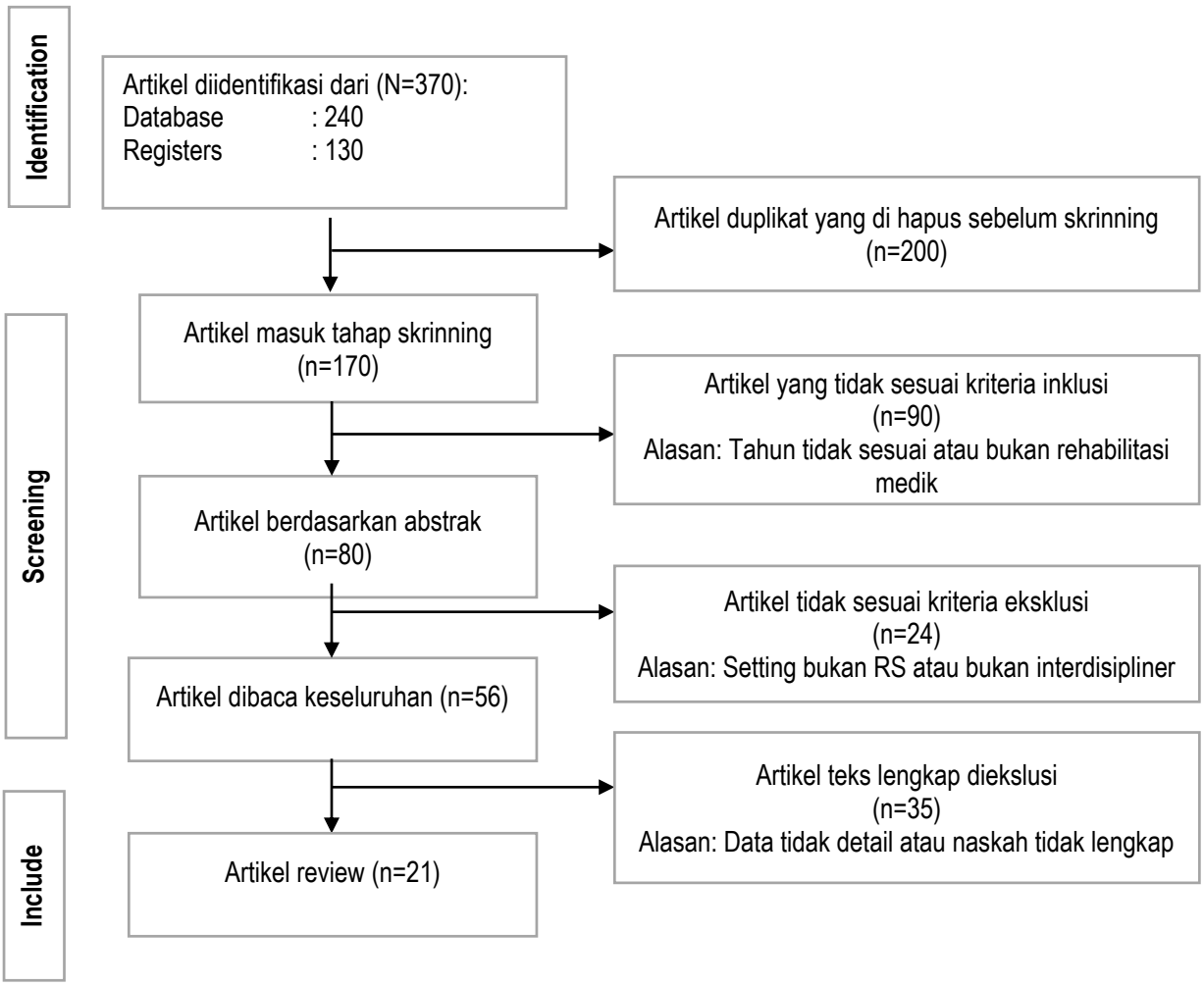
Kata kunci yang digunakan dalam pencarian menggunakan dua bahasa, yakni Bahasa Indonesia dan Inggris. Selain itu, strategi pencarian dirumuskan menggunakan operator Boolean dengan kombinasi kata kunci yang disesuaikan untuk setiap basis data. Kata kunci menggunakan Bahasa Indonesia, antara lain ("rekam medis elektronik" OR "RME" OR "ERM") AND ("komunikasi interdisipliner" OR "kolaborasi interprofesi" OR "komunikasi interprofesional") AND ("rehabilitasi medik"). Sementara bahasa Inggris meliputi ("electronic medical records" OR "EMR" OR "electronic health records" OR "EHR") AND ("interdisciplinary communication" OR "interprofessional communication" OR "interprofessional collaboration") AND ("medical rehabilitation" OR "rehabilitation").

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

HASIL



Gambar Diagram Alir PRISMA

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

Tabel Hasil Pemetaan Data Artikel

(Penulis)(Negara)	Tujuan	Metode	Hasil
(Skumsnes et al., 2023) (Norwegia)	Mengeksplorasi hambatan dan fasilitator komunikasi dalam layanan rehabilitasi lintas level layanan kesehatan.	Studi kasus kualitatif dengan observasi partisipan dan eksplorasi rekam medis elektronik.	Hambatan utama: ketiadaan budaya rehabilitasi yang seragam, keterbatasan akses terhadap informasi tertulis pasien, kompleksitas struktur informasi digital, serta ketidakjelasan tanggung jawab dalam pertukaran informasi antarorganisasi. Meskipun alat kolaborasi digital lintas level (seperti *electronic individual care plan*) tersedia, dalam praktiknya tidak digunakan secara optimal. Fasilitator: pertemuan bersama (*joint meetings*), penggunaan alat dan bahasa rehabilitasi yang seragam, akses lintas layanan terhadap informasi pasien, serta jalur komunikasi formal dan informal yang terbuka. Komunikasi justru lebih efektif ketika didukung oleh saluran komunikasi terbuka dan kesepahaman bersama, sehingga komunikasi terstruktur berkesinambungan mampu meningkatkan *patient-centred care*, efisiensi tim, serta kemajuan rehabilitasi.
(Winman & Rystedt, 2011) (Swedia)	Memahami bagaimana tenaga kesehatan mengorganisasi aktivitas agar dapat ditindaklanjuti melalui rekam medis elektronik.	Studi etnografi dan analisis rekaman video aktivitas serah terima tugas (*shift handovers*).	EPR berfungsi sebagai hub sentral yang mengakumulasi dan mengkoordinasikan arus informasi dari seluruh profesi (dokter, perawat, fisioterapis, dan terapis okupasi) dalam satu sistem tunggal yang dapat diakses bersama. RME mengubah informasi mentah menjadi pengetahuan yang relevan secara profesi (*professionally relevant knowledge*) melalui proses organisasi aktivitas kerja yang melibatkan interpretasi kolaboratif terhadap data klinis. Sistem ini memfasilitasi pengambilan keputusan bersama dan kesinambungan perawatan, meskipun tetap bergantung pada kemampuan pengguna dalam menginterpretasi konteks klinis dari data yang tersedia.
(Sukawan et al., 2021) (Indonesia)	Menganalisis peran Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dalam meningkatkan komunikasi kolaborasi interprofesional.	*Literature review* menggunakan kerangka kerja PICO dan basis data jurnal terakreditasi.	CPPT dalam rekam medis berfungsi sebagai instrumen komunikasi efektif tempat setiap profesi menuangkan temuan klinis, rencana perawatan, dan rekomendasi tindakan secara terdokumentasi, sehingga memudahkan pemantauan riwayat kesehatan pasien dan pengambilan keputusan bersama. Formulir CPPT memastikan dokumentasi terpadu yang mengintegrasikan data dari seluruh profesi, sehingga setiap anggota tim dapat melacak perkembangan pasien secara kronologis dan koordinatif. Hasil review menegaskan bahwa komunikasi terdokumentasi melalui CPPT menjadi sarana utama kolaborasi interprofesional di rumah sakit Indonesia.
(Robertson et al., 2022) (Australia)	Mengevaluasi efek RME atau modifikasinya terhadap praktik interprofesional di lingkungan rumah sakit.	*Systematic review* dari 17 publikasi internasional mengenai penggunaan rekam kesehatan elektronik.	RME *enhancement* menunjukkan tren yang lebih positif dibandingkan RME standar. Dari 17 studi, 71% hasil positif pada komunikasi dan koordinasi antartenaga kesehatan. Lima konsep yang secara konsisten muncul: (1) *sharing of information*, (2) *visibility of information,* (3) *closed-loop feedback*, (4) *decision support*, dan (5) *workflow disruption*. Contoh konkret: komunikasi informasi dari jalur

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

			klinis selama serah terima meningkat 34% (dari 28% rekam manual menjadi 62% elektronik), dokumentasi oleh staf ancillary meningkat 31%, dan perspektif klinisi tentang jalur klinis multidisiplin meningkat 24%. Namun, RME berisiko menciptakan *illusion of communication*: informasi yang dimasukkan ke dalam sistem diasumsikan telah dikomunikasikan padahal tidak selalu dibaca atau ditindaklanjuti oleh profesi lain.
(Bardach et al., 2017) (Amerika Serikat)	Mengeksplorasi persepsi praktisi mengenai pengaruh RME terhadap komunikasi interprofesional.	*Qualitative exploration* melalui fokus grup yang melibatkan berbagai profesi kesehatan.	RME diakui sebagai *durable means of communication* yang mendokumentasikan nuansa klinis lintas profesi. Namun, perbedaan cara setiap profesi menggunakan EMR, format dokumentasi yang tidak sesuai dengan kebutuhan profesi lain, kesulitan menemukan informasi penting, serta anggapan bahwa catatan tidak selalu dibaca oleh anggota tim lain justru menghambat komunikasi interprofesional. Hambatan nyata meliputi: keterbatasan ketersediaan komputer, kompleksitas proses entri data, dan lambatnya proses log-in. Kondisi ini mendorong tenaga kesehatan kembali menggunakan komunikasi tatap muka atau saluran informal untuk menutupi kelemahan sistem elektronik.
(Kosteniuk et al., 2024) (Kanada)	Mensintesis literatur mengenai hambatan dan fasilitator RME dalam perawatan primer interprofesional.	*Scoping review* terhadap studi yang relevan dengan kolaborasi tim dalam perawatan primer.	*Teamwork support* diidentifikasi sebagai fasilitator utama penggunaan EMR/RME dalam praktik pelayanan interprofesional, terutama melalui akses bersama terhadap rekam medis pasien tanpa batasan geografis dan kemampuan melihat catatan perkembangan satu sama lain secara asinkron. Hambatan yang dominan meliputi: pengelolaan data (data management), usability, interoperabilitas, dukungan praktik, karakteristik organisasi, dan faktor pengguna. Pengguna harus mengentri dan mengakses data di beberapa platform berbeda, sehingga memperberat beban kerja dan menghambat pertukaran informasi.
(Bekele et al., 2024) (Etiopia)	Mengeksplorasi hambatan dan fasilitator adopsi RME di kalangan penyedia layanan kesehatan.	Pendekatan deskriptif-fenomenologis kualitatif melalui wawancara mendalam.	Hambatan dikelompokkan ke dalam tiga dimensi besar: (1) individual: rendahnya literasi digital, keterbatasan keterampilan teknis, kekhawatiran terhadap privasi data; (2) technological: infrastruktur yang belum memadai, gangguan sistem, lemahnya interoperabilitas; dan (3) organizational: mutu pelatihan yang rendah, kurangnya dukungan teknis berkelanjutan, lemahnya komitmen pimpinan, serta tingginya beban kerja tenaga kesehatan. Fasilitator: kemudahan akses terhadap data, persepsi bahwa RME meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi kerja, tersedianya dukungan teknis di tempat, kecukupan sarana teknologi informasi, serta adanya umpan balik dari supervisor.
(Benjamins et al., 2024)	Mengevaluasi intervensi RME	*Mixed methods intervention*	Pengenalan shared EPR (EPR-Youth) secara signifikan meningkatkan fleksibilitas tenaga

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

(Belanda)	bersama dalam meningkatkan kerjasama tim profesional perawatan remaja.	*study* dengan analisis sebelum dan sesudah implementasi.	kesehatan, serta memperkuat rasa interdependence dan collective ownership of goals di antara tim interprofesional. RME memfasilitasi kolaborasi asinkron tanpa batasan geografis. Namun, efektivitasnya sangat bergantung pada konteks penggunaan dan desain sistem. Implementasi EPR saja tidak cukup untuk memperkuat komunikasi dan kerjasama interdisipliner; dibutuhkan definisi bersama tentang teamwork dan penyelarasan fasilitas serta kebijakan organisasional sebagai prasyarat agar RME benar-benar berfungsi sebagai medium komunikasi yang efektif.
(Beckmann et al., 2021) (Jerman)	Menilai efek RME terhadap aspek sosial kolaborasi interprofesional dan alur kerja klinis di rumah sakit.	*Mixed methods study protocol* yang menggabungkan survei kuantitatif dan wawancara kualitatif.	Protokol studi eCoCo menegaskan bahwa dimensi sosial kolaborasi dan perubahan alur kerja klinis merupakan isu yang harus diakui dan dievaluasi secara sistematis dalam setiap implementasi EPR di rumah sakit. Efek introduksi rekam pasien elektronik terhadap kolaborasi interprofesional dan alur kerja klinis masih memerlukan riset lebih lanjut, khususnya dari perspektif tenaga kesehatan. Peran komunikatif RME tidak dapat dipisahkan dari konteks sosial dan organisasional tempat sistem tersebut beroperasi.
(Robertson et al., 2024) (Australia)	Menganalisis nilai dan desain yang berpusat pada pengguna dalam peningkatan fitur EMR di rumah sakit.	*Mixed methods analysis* terhadap implementasi halaman ringkasan (*summary page*).	*Summary page* pada layanan stroke menyediakan tampilan terintegrasi atas informasi klinis penting, sehingga memberi quick snapshot yang membantu handover, diskusi multidisiplin, serta transisi pasien dari fase akut ke fase rehabilitasi. Fitur ini berfungsi sebagai alat bantu cepat untuk serah terima dan diskusi kontekstual antar profesi. Analisis *mixed methods* menunjukkan bahwa fitur yang berpusat pada pengguna (*user-centered design*) lebih efektif dalam mendukung nilai klinis dibandingkan fitur yang dirancang tanpa masukan pengguna.
(Doornebosch et al., 2025) (Belanda)	Mengamati kolaborasi interprofesional selama rapat tim multidisiplin (MDTM) dalam rehabilitasi geriatri.	*Observational study* terhadap dinamika interaksi tim selama pertemuan rutin.	Kolaborasi interprofesional dalam MDTM akan lebih baik apabila terdapat kepemimpinan yang jelas, agenda yang terstruktur, penggunaan bahasa bersama seperti *patient outcome measures*, serta mekanisme information sharing yang didukung organisasi. Penggunaan *patient outcome measures* secara terstandar dalam pertemuan tim multidisiplin di rehabilitasi geriatrik bermanfaat untuk pertukaran informasi, diskusi status kesehatan pasien, dan evaluasi kemajuan rehabilitasi secara lebih komparabel. MDTM memerlukan pengukuran luaran yang baku dan kepemimpinan yang jelas dalam diskusi kasus untuk mencapai efektivitas optimal.
(Jung et al., 2021) (Korea Selatan)	Menilai efek komunikasi terstruktur dan edukasi terhadap keselarasan penilaian tim rehabilitasi.	*Interventional study* menggunakan panduan "*My Rehabilitation Story*" untuk perawat dan terapis.	Penggunaan alat komunikasi terstruktur untuk membagikan informasi fungsi pasien, disertai edukasi dan pertemuan tim mingguan, meningkatkan kesesuaian penilaian antara terapis dan perawat terhadap kemampuan transfer (κ=0.836), mobilitas (κ=0.664), dan toileting (κ=1.000), sehingga mendukung kesinambungan intervensi rehabilitasi di bangsal. Media tertulis bersama dan edukasi

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

			berkelanjutan meningkatkan kesepahaman antara perawat dan terapis mengenai status fungsional pasien, sehingga dokumentasi tidak hanya berfungsi sebagai arsip administratif, tetapi juga sebagai instrumen koordinasi klinis.
(Fernandes et al., 2025) (Portugal)	Memetakan penggunaan rekam kesehatan elektronik dalam praktik fisioterapi secara global.	*Scoping review protocol* untuk mengidentifikasi tren penggunaan dan dokumentasi digital.	Protokol ini mengidentifikasi bahwa RME dalam praktik fisioterapi perlu diarahkan untuk mendukung dokumentasi, komunikasi multidisiplin, pemantauan luaran, dan pengambilan keputusan secara lebih bermakna. Pengembangan RME dalam praktik fisioterapi mendukung standarisasi dokumentasi dan memperlancar jalur komunikasi dalam tim rehabilitasi multidisiplin. Protokol ini menjadi landasan bagi pengembangan RME yang lebih terintegrasi dalam praktik fisioterapi global.
(Moy et al., 2021) (Amerika Serikat)	Mengukur beban dokumentasi klinis di antara dokter dan perawat yang menggunakan RME.	*Scoping review* terhadap studi beban kerja dan waktu yang dihabiskan untuk dokumentasi digital.	Documentation burden pada sistem RME tercermin melalui: besarnya waktu yang dialokasikan untuk dokumentasi, meningkatnya aktivitas administratif, pekerjaan di luar jam kerja, fragmentasi alur kerja, serta berkurangnya waktu interaksi langsung dengan pasien. Kondisi ini menjadi problematik dalam konteks komunikasi interdisipliner karena perhatian tenaga kesehatan terserap pada penyelesaian tugas administratif, bukan pada koordinasi klinis. Beban dokumentasi yang berlebihan mengakibatkan fragmentasi alur kerja klinis secara keseluruhan.
(Olakotan et al., 2025) (Inggris)	Menganalisis tantangan kegunaan (*usability*) RME dan dampaknya terhadap beban kognitif staf.	*Scoping review* terhadap artikel mengenai antarmuka pengguna (UI) dan pengalaman pengguna (UX).	Antarmuka yang tidak intuitif, navigasi yang kompleks, informasi yang terfragmentasi, dan kebutuhan melakukan *workaround* berkontribusi pada meningkatnya beban kognitif, memanjangnya waktu dokumentasi, serta terganggunya *workflow* klinis secara keseluruhan. Dalam konteks komunikasi interdisipliner, kondisi ini menjadi problematik karena perhatian tenaga kesehatan terserap pada penyelesaian tugas administratif, bukan pada koordinasi klinis. Desain UI yang buruk menyebabkan kelelahan staf dan mengganggu efisiensi alur kerja klinis secara signifikan.
(Andriani et al., 2025) (Indonesia)	Mengidentifikasi variabel dan metadata rekam medis elektronik untuk standar interoperabilitas data di rumah sakit.	*Literature review* mengenai standar data kesehatan nasional sesuai regulasi pemerintah.	Keseragaman variabel dan metadata RME sangat krusial untuk memastikan pertukaran data (interoperabilitas) yang akurat antar profesi. Variabel dan metadata yang tidak seragam antarsistem menjadi hambatan utama interoperabilitas, sehingga diperlukan standarisasi nasional agar pertukaran data antar profesi di rumah sakit dapat berjalan efektif dan mendukung kolaborasi interprofesional.
(Akbar, 2025) (Indonesia)	Mengevaluasi penerapan RME dari perspektif pengguna di lingkungan	*Evaluative study* menggunakan survei kepuasan dan kesiapan	Resistensi pengguna di tahap awal yang disebabkan oleh kurangnya adaptasi terhadap perubahan alur kerja digital yang signifikan. Adaptasi belum merata di antara staf, disertai keterbatasan pelatihan, ketergantungan pada aplikasi pihak ketiga, dan kebutuhan dukungan teknologi informasi

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

	rumah sakit swasta.	pengguna (*User Acceptance*).	yang berkelanjutan. Meskipun demikian, dukungan manajemen dan manfaat efisiensi mulai terlihat seiring berjalannya waktu implementasi.
(Purnasiwi & Jenie, 2021) (Indonesia)	Menganalisis efek implementasi kolaborasi interprofesional terhadap luaran layanan pasien.	*Literature review* terhadap manfaat klinis dari kerja sama tim kesehatan yang terintegrasi.	Penerapan *interprofessional collaboration* (IPC) berdampak positif terhadap *patient safety,* kualitas hidup, status fungsional, skor *Activities of Daily Living* (ADL), serta pencegahan medication errors pada pasien, termasuk pada populasi rehabilitasi. IPC memastikan bahwa intervensi yang diberikan oleh berbagai profesi terkoordinasi dan tidak tumpang tindih, sehingga meningkatkan efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan.
(Kongkar et al., 2025) (Thailand)	Menilai dampak perawatan berbasis tim interdisipliner terhadap pasien dengan penyakit kronis.	*Systematic review* terhadap efektivitas model perawatan tim dalam manajemen penyakit jangka panjang.	Mengidentifikasikan bahwa perawatan berbasis tim interdisipliner (ITBC) memberikan dampak positif yang signifikan terhadap pasien penyakit kronis pada tiga level analisis. Pada level pasien, ITBC memperbaiki kondisi klinis dan kualitas hidup sekaligus meningkatkan kemampuan self-management pasien. Pada level interpersonal, kolaborasi tim meningkatkan performa kerja tenaga kesehatan, memperjelas distribusi peran, dan mendorong shared decision-making dalam rencana perawatan. Pada level organisasi, utilisasi layanan kesehatan menjadi lebih efisien, mencakup penurunan angka rawat ulang dan efektivitas biaya pelayanan.
(Shoolin, 2017) (Amerika Serikat)	Mengeksplorasi aplikasi dukungan keputusan klinis (CDS) dalam bidang fisiatri.	*Review article* mengenai integrasi algoritma klinis ke dalam sistem RME rehabilitasi.	Integrasi clinical decision support ke dalam RME di bidang physiatry, bila disertai process redesign dan pertimbangan alur kerja yang matang, berpotensi meningkatkan luaran pasien. CDS membantu klinisi dalam pengambilan keputusan berbasis bukti, sementara process redesign memastikan bahwa alur kerja klinis mendukung pemanfaatan informasi secara efektif. Kombinasi keduanya terbukti meningkatkan ketepatan dan efisiensi luaran klinis dalam setting rehabilitasi.
(Alomar et al., 2024) (Inggris)	Menilai dampak akses pasien ke rekam kesehatan elektronik terhadap keterlibatan dalam perawatan.	*Systematic review* terhadap studi mengenai portal pasien dan akses data digital secara mandiri.	Akses pasien ke RME meningkatkan *engagement,* pemberdayaan (*empowerment*), dan kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan. Studi mencakup populasi pasien yang beragam dari berbagai demografi, kondisi medis, dan pengaturan layanan kesehatan. Dampak ini relevan dalam konteks rehabilitasi medik di mana keterlibatan aktif pasien dalam pengelolaan kondisi kesehatannya menjadi komponen kunci keberhasilan program rehabilitasi, meskipun bukti spesifik dalam setting rehabilitasi masih terbatas.

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

PEMBAHASAN

Peran Rekam Medis Elektronik (RME/ERM) sebagai Sarana Komunikasi Interdisipliner

Rekam Medis Elektronik (RME) secara konseptual telah diakui sebagai infrastruktur informasi sentral yang menopang koordinasi lintas profesi dalam pemberian layanan kesehatan (Winman & Rystedt, 2011). Studi observasional empiris di bangsal rehabilitasi stroke mendeskripsikan EPR sebagai hub yang mengakumulasi dan mengkoordinasikan arus informasi dari seluruh profesi yang terlibat, meliputi dokter, perawat, fisioterapis, dan terapis okupasi, dalam satu sistem tunggal yang dapat diakses bersama (Winman & Rystedt, 2011). Dalam konteks Indonesia, rekam medis terintegrasi, khususnya formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), berfungsi sebagai sarana komunikasi efektif tempat setiap profesi menuangkan temuan klinis, rencana perawatan, dan rekomendasi tindakan secara terdokumentasi, sehingga memudahkan pemantauan riwayat kesehatan pasien dan pengambilan keputusan bersama (Sukawan et al., 2021).

Tinjauan sistematis yang mencakup 17 publikasi menunjukkan, bahwa RME terbukti mengubah pola komunikasi dan praktik interprofesional secara signifikan, dengan RME enhancements menunjukkan tren yang lebih positif dibandingkan RME standar dalam hal kemampuan berbagi informasi, visibilitas data antar profesi, pemberian *closed-loop feedback*, dukungan pengambilan keputusan, dan pengurangan gangguan alur kerja klinis (Robertson et al., 2022). Dari sudut pandang praktisi, RME diakui sebagai "*durable means of communication*" yang mendokumentasikan nuansa klinis lintas profesi, meskipun para praktisi juga mengakui keterbatasannya dalam menyampaikan seluruh kompleksitas informasi klinis (Bardach et al., 2017).

Secara mekanistik, efektivitas RME sebagai sarana komunikasi interdisipliner bertumpu pada beberapa dimensi kunci (Robertson et al., 2022). Lima konsep yang secara konsisten muncul dalam hasil-hasil positif maupun negatif meliputi *sharing of information, visibility of information, closed-loop feedback, decision support,* dan *workflow disruption* (Robertson et al., 2022). Pengenalan *shared* EPR (EPR-Youth) secara signifikan meningkatkan fleksibilitas tenaga kesehatan, serta memperkuat rasa interdependence dan *collective ownership of goals* di antara tim interprofesional (Benjamins et al., 2024). Dalam *scoping review*-nya, *teamwork support* diidentifikasi sebagai fasilitator utama RME terhadap kolaborasi interprofesional, terutama melalui akses bersama terhadap rekam medis pasien tanpa batasan geografis dan kemampuan melihat catatan perkembangan satu sama lain secara asinkron (Kosteniuk et al., 2024). Protokol studi eCoCo secara eksplisit menegaskan bahwa dimensi sosial kolaborasi dan perubahan alur kerja klinis merupakan isu yang harus diakui dan dievaluasi secara sistematis dalam setiap implementasi EPR di rumah sakit, mengindikasikan bahwa peran komunikatif RME tidak dapat dipisahkan dari konteks sosial dan organisasional tempat sistem tersebut beroperasi (Beckmann et al., 2021).

Meskipun demikian, berbagai bukti menunjukkan bahwa potensi RME sebagai sarana komunikasi interdisipliner tidak terealisasi secara otomatis. Sebagian klinisi menilai RME menciptakan "*illusion of communication*": informasi yang dimasukkan ke dalam sistem diasumsikan telah dikomunikasikan, padahal catatan klinis tersebut tidak selalu dibaca dan ditindaklanjuti oleh profesi lain (Robertson et al., 2022). Perbedaan pendekatan pendokumentasian antarprofesi, keterbatasan ketersediaan komputer, kompleksitas proses entri data, dan lambatnya proses *log-in* menjadi hambatan nyata terhadap komunikasi yang efektif dan tepat waktu (Bardach et al., 2017). Hambatan utama terletak pada data management dan kurangnya interoperabilitas sistem, yang mengakibatkan pengguna harus mengentri dan mengakses data di beberapa *platform* berbeda, sehingga memperberat beban kerja dan menghambat pertukaran informasi (Kosteniuk et al., 2024). Dalam konteks rehabilitasi, meskipun alat kolaborasi digital lintas level organisasi tersedia seperti electronic individual care plan (e-ICP), dalam praktiknya alat tersebut tidak digunakan; hambatan terbesar justru adalah tidak adanya budaya bersama dalam rehabilitasi dan buruknya akses terhadap informasi tertulis pasien lintas level organisasi (Skumsnes et al., 2023). Oleh karena itu, implementasi EPR saja tidak cukup untuk memperkuat komunikasi dan kerjasama interdisipliner; dibutuhkan definisi bersama tentang

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

teamwork dan penyelarasan fasilitas serta kebijakan organisasional sebagai prasyarat agar RME benar-benar berfungsi sebagai medium komunikasi yang efektif (Benjamins et al., 2024).

Dampak Rekam Medis Elektronik (RME/ERM) terhadap Koordinasi Tim Rehabilitas

RME pada dasarnya dapat memperkuat koordinasi tim rehabilitasi apabila sistem mampu meningkatkan visibilitas informasi klinis yang dibutuhkan oleh seluruh profesi secara cepat, ringkas, dan relevan (Robertson et al., 2024). Enhancement EMR pada layanan stroke berupa summary page menyediakan tampilan terintegrasi atas informasi klinis penting, sehingga memberi quick snapshot yang membantu handover, diskusi multidisiplin, serta transisi pasien dari fase akut ke fase rehabilitasi (Robertson et al., 2024). *Systematic review* menunjukkan bahwa RME *enhancement* cenderung memberikan dampak lebih positif terhadap komunikasi dan koordinasi dibandingkan RME biasa, terutama melalui peningkatan *information sharing, visibility of information, closed-loop feedback, decision support*, dan pengurangan gangguan alur kerja (Robertson et al., 2022).

Dalam konteks rehabilitasi, urgensi RME sebagai alat koordinasi menjadi lebih besar karena proses pelayanan melibatkan banyak aktor lintas profesi dan lintas level layanan. Hambatan utama komunikasi dalam layanan rehabilitasi berasal dari keterbatasan akses terhadap informasi tertulis, lemahnya pertukaran informasi, serta buruknya koordinasi alur pasien, sedangkan komunikasi justru lebih efektif ketika didukung oleh *joint meetings, common tools, common language*, dan saluran komunikasi terbuka (Skumsnes et al., 2023). Dalam rehabilitasi geriatri, kolaborasi interprofesional dalam *multidisciplinary team meetings* akan lebih baik apabila terdapat kepemimpinan yang jelas, agenda yang terstruktur, penggunaan bahasa bersama seperti *patient outcome measures,* serta mekanisme information sharing yang didukung organisasi (Doornebosch et al., 2025).

Pada tataran praktik klinis, dampak koordinatif RME tampak ketika sistem mampu menyamakan persepsi antaranggota tim mengenai status fungsional pasien. Penggunaan alat komunikasi terstruktur untuk membagikan informasi fungsi pasien, disertai edukasi dan pertemuan tim mingguan, meningkatkan kesesuaian penilaian antara terapis dan perawat terhadap kemampuan transfer, mobilitas, dan toileting, sehingga mendukung kesinambungan intervensi rehabilitasi di bangsal (Jung et al., 2021). Temuan ini konsisten dengan studi yang menunjukkan bahwa penggunaan *shared electronic record* dapat meningkatkan *flexibility, interdependence,* dan *collective ownership of goals* dalam kerja tim (Benjamins et al., 2024). Dalam scoping review-nya, teamwork support juga menempatkan sebagai fasilitator paling penting dalam penggunaan EMR/RME berbasis interprofesional, karena akses bersama terhadap rekam medis membantu kolaborasi tanpa dibatasi lokasi dan sekaligus mengurangi ambiguitas peran (Kosteniuk et al., 2024).

Dalam konteks rehabilitasi medik, jenis data yang dikomunikasikan antaranggota tim memiliki karakteristik yang lebih kompleks dibandingkan data klinis umum. Pertama, data status fungsional pasien merupakan inti komunikasi interdiscipliner, mencakup kemampuan transfer, mobilitas, dan aktivitas perawatan diri yang dinilai oleh fisioterapis, terapis okupasi, dan perawat secara independen namun memerlukan penyelarasan untuk menjaga konsistensi intervensi (Jung et al., 2021). Kedua, data asesmen multidisiplin yang mencakup diagnosis medis dari dokter rehabilitasi, kapasitas kardiorespirasi dan kekuatan otot dari fisioterapis, kemampuan kognitif dan sensorik dari terapis okupasi atau psikolog, serta status nutrisi dan psikososial pasien, yang masing-masing memiliki format dan terminologi spesifik profesi dan perlu diintegrasikan ke dalam satu ringkasan yang koheren (Winman & Rystedt, 2011; Robertson et al., 2022). Ketiga, data luaran terstandar seperti *patient-reported outcome measures,* skor *Activity Daily Living* (ADL), serta instrumen penilaian fungsional yang bersifat kuantitatif dan komparabel antarlintas waktu dan profesi, sehingga mendukung objektivitas diskusi multidisiplin dan evaluasi kemajuan rehabilitasi (Doornebosch et al., 2025; Purnasiwi & Jenie, 2021). Keempat, data rencana perawatan terpadu yang mencakup tujuan jangka pendek dan panjang, target fungsi pasien, rencana pemulangan, serta rekomendasi antarprofesi yang perlu didokumentasikan secara eksplisit dan dapat diakses oleh seluruh anggota tim untuk memastikan kontinuitas perawatan lintas level layanan (Skumsnes et al., 2023; Benjamins et al., 2024). Kelima, data klinis pendukung berupa riwayat

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

penyakit, komorbiditas, obat-obatan, dan hasil pemeriksaan penunjang yang memengaruhi keputusan terapi. Kelima jenis data ini memiliki tingkat urgensi yang berbeda dalam setiap fase rehabilitasi, sehingga sistem RME yang efektif perlu mampu menyajikan informasi yang sesuai konteks klinis secara cepat, terintegrasi, dan mudah diakses oleh semua profesi yang terlibat.

Meskipun demikian, RME tidak secara otomatis memperbaiki koordinasi tim rehabilitasi. Perbedaan cara setiap profesi menggunakan EMR, format dokumentasi yang tidak sesuai dengan kebutuhan profesi lain, kesulitan menemukan informasi penting, serta anggapan bahwa catatan tidak selalu dibaca oleh anggota tim lain justru dapat menghambat komunikasi interprofesional (Bardach et al., 2017). Dampak positif RME terhadap koordinasi tim rehabilitasi sangat bergantung pada usability, interoperabilitas, efisiensi alur kerja, serta relevansi klinis informasi yang disajikan. Pengembangan RME dalam praktik fisioterapi perlu diarahkan untuk mendukung dokumentasi, komunikasi multidisiplin, pemantauan luaran, dan pengambilan keputusan secara lebih bermakna (Fernandes et al., 2025).

Hambatan dan Faktor Pendukung Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME/ERM)

Implementasi RME dalam pelayanan kesehatan tidak hanya merepresentasikan adopsi teknologi, tetapi juga transformasi proses kerja interprofesional yang dipengaruhi oleh faktor manusia, teknologi, dan organisasi. Dalam scoping review, dukungan terhadap kerja tim diidentifikasi sebagai fasilitator utama penggunaan EMR/RME dalam praktik pelayanan interprofesional, sedangkan hambatan yang dominan meliputi pengelolaan data, *usability,* interoperabilitas, dukungan praktik, karakteristik organisasi, dan faktor pengguna (Kosteniuk et al., 2024). Hambatan implementasi RME dikelompokkan ke dalam tiga dimensi besar, yaitu individual, *technological,* dan *organizational,* dengan rincian berupa rendahnya literasi digital, keterbatasan keterampilan teknis, infrastruktur yang belum memadai, gangguan sistem, lemahnya interoperabilitas, kekhawatiran terhadap privasi data, mutu pelatihan yang rendah, kurangnya dukungan teknis berkelanjutan, lemahnya komitmen pimpinan, serta tingginya beban kerja tenaga kesehatan (Bekele et al., 2024). Sebaliknya, kemudahan akses terhadap data, persepsi bahwa RME meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi kerja, tersedianya dukungan teknis di tempat, kecukupan sarana teknologi informasi, serta adanya umpan balik dari supervisor merupakan faktor yang konsisten dilaporkan sebagai pendorong keberhasilan implementasi RME (Bekele et al., 2024).

Dari perspektif operasional, efektivitas RME sangat ditentukan oleh kesesuaiannya dengan alur kerja klinis. Documentation burden pada sistem RME tercermin melalui besarnya waktu yang dialokasikan untuk dokumentasi, meningkatnya aktivitas administratif, pekerjaan di luar jam kerja, fragmentasi alur kerja, dan berkurangnya waktu interaksi langsung dengan pasien (Moy et al., 2021). Antarmuka yang tidak intuitif, navigasi yang kompleks, informasi yang terfragmentasi, dan kebutuhan melakukan workaround berkontribusi pada meningkatnya beban kognitif, memanjangnya waktu dokumentasi, serta terganggunya workflow klinis secara keseluruhan (Olakotan et al., 2025). Dalam konteks komunikasi interdisipliner, kondisi tersebut menjadi problematik karena perhatian tenaga kesehatan terserap pada penyelesaian tugas administratif, bukan pada koordinasi klinis. Perbedaan cara penggunaan EMR antarprofesi, keterbatasan komputer, kompleksitas dokumentasi, dan lambatnya proses sign-in justru mendorong tenaga kesehatan kembali menggunakan komunikasi tatap muka atau saluran informal untuk menutupi kelemahan sistem elektronik (Bardach et al., 2017). Dengan demikian, RME tidak secara otomatis memperbaiki komunikasi interprofesional, melainkan baru akan efektif apabila dirancang selaras dengan kebutuhan klinis dan pola kerja kolaboratif pengguna.

Dalam konteks rehabilitasi medik, urgensi tersebut menjadi lebih besar karena pelayanan melibatkan banyak profesi, lintas unit, dan sering kali lintas tingkat layanan. Hambatan komunikasi dalam layanan rehabilitasi muncul akibat tidak adanya budaya rehabilitasi yang sama, keterbatasan akses terhadap informasi tertulis, kompleksitas struktur informasi digital, serta ketidakjelasan tanggung jawab dalam pertukaran informasi antarorganisasi (Skumsnes et al., 2023). Pertemuan bersama, penggunaan alat dan bahasa rehabilitasi yang seragam, akses lintas layanan terhadap informasi pasien, serta jalur komunikasi formal dan informal menjadi faktor yang memfasilitasi komunikasi antartenaga kesehatan (Skumsnes et al., 2023).

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

Media tertulis bersama dan edukasi berkelanjutan dapat meningkatkan kesepahaman antara perawat dan terapis mengenai status fungsional pasien, sehingga dokumentasi tidak hanya berfungsi sebagai arsip administratif, tetapi juga sebagai instrumen koordinasi klinis yang mendukung kesinambungan rehabilitasi (Jung et al., 2021). Dalam konteks Indonesia, kesesuaian variabel dan metadata RME sangat penting untuk mendukung interoperabilitas antarsistem (Andriani et al., 2025). Resistensi pengguna, adaptasi yang belum merata, keterbatasan pelatihan, ketergantungan pada aplikasi pihak ketiga, dan kebutuhan dukungan teknologi informasi masih menjadi kendala nyata dalam implementasi RME di rumah sakit, meskipun dukungan manajemen dan manfaat efisiensi mulai terlihat (Akbar, 2025). Oleh karena itu, dalam pelayanan rehabilitasi medik, RME hanya dapat berfungsi optimal sebagai sarana peningkatan komunikasi interdisipliner apabila didukung oleh desain sistem yang interoperabel, mudah digunakan, sesuai dengan *workflow* klinis, serta ditopang oleh pelatihan berkelanjutan, komitmen organisasi, dan mekanisme koordinasi tim yang jelas.

Implikasi Rekam Medis Elektronik (RME/ERM) terhadap *Outcome* Pasien Rehabilitasi

Implementasi RME telah membawa perubahan fundamental dalam pola komunikasi dan koordinasi antar tenaga kesehatan dalam pelayanan pasien. *Systematic review* menemukan bahwa pengaruh RME terhadap praktik interprofesional bersifat campuran (*mixed effects*), namun *enhancement* atau modifikasi RME seperti dasbor klinis, sistem pesan aman, dan clinical decision support menunjukkan 71% hasil positif pada komunikasi dan koordinasi antartenaga kesehatan, terutama pada aspek sharing of information, visibility of information, dan closed-loop feedback (Robertson et al., 2022). Temuan ini sejalan dengan hasil *scoping review* yang mengidentifikasi *teamwork support* sebagai fasilitator utama penggunaan RME dalam konteks perawatan interprofesional, meskipun hambatan seperti manajemen data dan interoperabilitas sistem masih memerlukan penanganan lebih lanjut (Kosteniuk et al., 2024). Oleh karena itu, RME yang dirancang dan diimplementasikan secara tepat berpotensi meningkatkan visibilitas informasi pasien sebagai langkah awal dalam memperkuat koordinasi antartenaga kesehatan.

Peningkatan koordinasi informasi memiliki relevansi yang tinggi dalam konteks rehabilitasi medik mengingat sifat pelayanannya yang multidisiplin. Perbaikan komunikasi antara terapis dan perawat melalui media berbagi informasi status fungsional pasien menghasilkan peningkatan signifikan pada keselarasan penilaian antarprofesi, dengan nilai kappa mendekati sempurna untuk kemampuan transfer (κ=0.836), mobilitas (κ=0.664), dan toileting (κ=1.000), serta perbaikan mobilitas dan status fungsional pasien di bangsal rawat inap (Jung et al., 2021). Penggunaan *patient outcome measures* secara terstandar dalam pertemuan tim multidisiplin di rehabilitasi geriatrik bermanfaat untuk pertukaran informasi, diskusi status kesehatan pasien, dan evaluasi kemajuan rehabilitasi secara lebih komparabel (Doornebosch et al., 2025). Komunikasi interprofesional yang terstruktur, berkesinambungan, dan tepat waktu mampu meningkatkan perawatan yang berpusat pada pasien, efisiensi tim, serta kemajuan rehabilitasi (Skumsnes et al., 2023). Studi-studi tersebut memperkuat premis bahwa koordinasi tim yang baik merupakan prasyarat penting dalam mencapai outcome rehabilitasi yang optimal.

Dampak kolaborasi interprofesional terhadap luaran pasien juga diperkuat oleh literatur yang lebih luas. Penerapan *interprofessional collaboration* (IPC) berdampak positif terhadap *patient safety*, kualitas hidup, status fungsional, *Activity Daily Living* (ADL) score, serta pencegahan medication errors pada pasien, termasuk pada populasi rehabilitasi (Purnasiwi & Jenie, 2021). *Interdisciplinary team-based care* berkaitan dengan perbaikan kualitas pelayanan dan outcome pasien penyakit kronis (Kongkar et al., 2025). Integrasi clinical decision support ke dalam RME di bidang physiatry, bila disertai process redesign dan pertimbangan alur kerja yang matang, berpotensi meningkatkan luaran pasien (Shoolin, 2017). Meskipun demikian, riset mengenai topik ini di bidang rehabilitasi medik masih sangat terbatas dan merupakan area yang terbuka untuk pengembangan lebih lanjut.

Meskipun rantai logika yang menghubungkan RME dengan perbaikan komunikasi tim dan selanjutnya dengan *outcome* pasien rehabilitasi merupakan inferensi yang dapat dipertanggungjawabkan secara teoretis, beberapa catatan kritis perlu dikemukakan. RME tidak secara otomatis memperbaiki komunikasi; pendekatan

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

charting yang berbeda antarspesialisasi dan keterbatasan teknis justru dapat menjadi hambatan, dan penurunan frekuensi komunikasi tatap muka akibat digitalisasi perlu diantisipasi (Bardach et al., 2017). RME memang dapat meningkatkan interprofessional teamwork dalam praktik perawatan remaja, namun efektivitasnya sangat bergantung pada konteks penggunaan dan desain sistem (Benjamins et al., 2024). Efek introduksi rekam pasien elektronik terhadap kolaborasi interprofesional dan alur kerja klinis masih memerlukan riset lebih lanjut, khususnya dari perspektif tenaga kesehatan (Beckmann et al., 2021). Akses pasien terhadap RME juga relevan dalam memperluas cakupan outcome ke arah *patient engagement* dan *self-management,* yang juga relevan dalam konteks rehabilitasi (Alomar et al., 2024). Secara keseluruhan, sintesis dari berbagai sumber ini mendukung argumen bertahap bahwa RME yang dirancang dengan baik dapat meningkatkan visibilitas dan koordinasi informasi, yang pada gilirannya memperkuat koordinasi tim rehabilitasi dan berpotensi memperbaiki mutu layanan serta outcome pasien. Namun demikian, klaim ini masih memerlukan validasi melalui riset yang lebih spesifik pada setting rehabilitasi medik dengan desain studi yang lebih ketat.

Dalam kaitannya dengan koordinasi tim rehabilitasi, RME yang dirancang dengan fitur *enhancement* seperti summary page terintegrasi mampu menyediakan gambaran klinis yang cepat dan relevan, sehingga mendukung handover, diskusi multidisiplin, serta transisi pasien antar fase pelayanan. Studi intervensi menunjukkan bahwa penggunaan alat komunikasi terstruktur yang membagikan informasi status fungsional pasien, dikombinasikan dengan edukasi dan pertemuan tim berkala, meningkatkan keselarasan penilaian antara terapis dan perawat secara signifikan. *Teamwork support* melalui akses bersama terhadap rekam medis menjadi fasilitator utama yang memperkuat kolaborasi interprofesional, mengurangi ambiguitas peran, dan memungkinkan koordinasi tanpa dibatasi lokasi. Di sisi lain, RME tidak secara otomatis memperbaiki koordinasi. Perbedaan pola penggunaan sistem antarprofesi, format dokumentasi yang tidak saling sesuai, dan anggapan bahwa catatan tidak selalu dibaca justru dapat menghambat komunikasi interprofesional. Efektivitas koordinatif RME sangat bergantung pada usability, interoperabilitas, efisiensi alur kerja, serta relevansi klinis informasi yang disajikan.

Data yang dipertukarkan dalam koordinasi tim rehabilitasi mencakup lima jenis utama, yaitu data status fungsional pasien (transfer, mobilitas, aktivitas perawatan diri), data asesmen multidisiplin (diagnosis medis, kapasitas kardiorespirasi, fungsi kognitif dan sensorik, status nutrisi dan psikososial), data luaran terstandar (*patient-reported outcome measures*, skor ADL, *Functional Independence Measure*), data rencana perawatan terpadu (tujuan jangka pendek dan panjang, *discharge planning*, rekomendasi antarprofesi), serta data klinis pendukung (riwayat penyakit, komorbiditas, obat-obatan, hasil pemeriksaan penunjang). Kelima jenis data ini memiliki urgensi yang berbeda pada setiap fase rehabilitasi sehingga sistem RME perlu menyajikannya secara terintegrasi dan sesuai konteks klinis.

Implementasi RME dalam pelayanan rehabilitasi menghadapi hambatan yang bersifat multidimensi, mencakup faktor individu (rendahnya literasi digital dan keterbatasan keterampilan teknis), faktor teknologi (infrastruktur yang belum memadai, interoperabilitas yang lemah, antarmuka yang tidak intuitif, dan fragmentasi informasi), serta faktor organisasi (mutu pelatihan yang rendah, lemahnya komitmen pimpinan, tingginya beban kerja administratif, dan tidak adanya dukungan teknis berkelanjutan). Beban dokumentasi yang berlebihan mengakibatkan berkurangnya waktu interaksi langsung dengan pasien dan meningkatnya fragmentasi alur kerja klinis. Secara spesifik dalam konteks rehabilitasi medik, hambatan diperparah oleh ketiadaan budaya rehabilitasi yang seragam, keterbatasan akses terhadap informasi tertulis, kompleksitas struktur data digital, dan ketidakjelasan tanggung jawab pertukaran informasi antarorganisasi. Sebaliknya, faktor pendukung yang konsisten dilaporkan meliputi kemudahan akses data, persepsi positif terhadap peningkatan mutu dan efisiensi, ketersediaan dukungan teknis dan sarana teknologi informasi yang memadai, serta adanya pertemuan tim, keseragaman alat dan bahasa rehabilitasi, serta jalur komunikasi formal dan informal yang terbuka.

Implikasi RME terhadap luaran pasien rehabilitasi direalisasikan melalui peningkatan koordinasi informasi dan kolaborasi interprofesional. Modifikasi RME berupa dasbor klinis, sistem pesan aman, dan

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

clinical decision support menunjukkan proporsi hasil positif yang tinggi pada komunikasi dan koordinasi antartenaga kesehatan. Perbaikan komunikasi melalui media berbagi informasi status fungsional pasien terbukti meningkatkan keselarasan penilaian antarprofesi hingga tingkat mendekati sempurna, disertai perbaikan mobilitas dan status fungsional pasien. Penerapan *interprofessional collaboration* yang difasilitasi oleh RME berdampak positif terhadap *patient safety*, kualitas hidup, *activity daily living score*, dan pencegahan *medication errors*. Secara keseluruhan, rantai logika yang menghubungkan RME dengan perbaikan komunikasi dan luaran pasien merupakan inferensi yang dapat dipertanggungjawabkan secara teoretis, namun klaim ini masih memerlukan validasi melalui riset lebih lanjut dengan desain studi yang lebih ketat pada setting rehabilitasi medik. Di Indonesia, resistensi pengguna, adaptasi yang belum merata, keterbatasan pelatihan, dan ketergantungan pada aplikasi pihak ketiga masih menjadi tantangan, sehingga keberhasilan implementasi RME menuntut pendekatan yang tidak semata-mata teknologis, melainkan juga sosial dan organisasional melalui desain sistem yang interoperabel, pelatihan berkelanjutan, komitmen organisasi yang kuat, serta definisi bersama tentang kerja tim interprofesional.

SIMPULAN

RME merupakan instrumen strategis untuk meningkatkan luaran rehabilitasi bila dirancang interoperabel dan didukung budaya kolaboratif. Secara konseptual, RME berperan sebagai infrastruktur informasi sentral yang mengintegrasikan arus data klinis dari seluruh profesi dalam pelayanan rehabilitasi medik, mencakup dokter, perawat, fisioterapis, dan terapis okupasi, dalam satu sistem yang dapat diakses bersama. Efektivitas komunikatif RME bertumpu pada 5 dimensi utama, yaitu *sharing of information, visibility of information, closed-loop feedback, decision support,* dan minimalisasi *workflow disruption*. Penggunaan RME terbukti meningkatkan fleksibilitas tenaga kesehatan, rasa saling ketergantungan (*interdependence*), serta kepemilikan bersama terhadap tujuan tim (*collective ownership of goals*), dan memfasilitasi kolaborasi asinkron tanpa batasan geografis. Namun demikian, potensi komunikatif tersebut tidak terealisasi secara otomatis. RME berisiko menciptakan *illusion of communication,* yaitu informasi yang didokumentasikan diasumsikan telah dikomunikasikan padahal tidak selalu dibaca atau ditindaklanjuti oleh profesi lain. Hambatan seperti perbedaan pendekatan dokumentasi antarprofesi, keterbatasan perangkat, kompleksitas entri data, dan lambatnya akses sistem menjadi kendala yang nyata.

DAFTAR PUSTAKA

Akbar, S. (2026). *Analisis Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik di RSI Fatimah Banyuwangi* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surabaya).

Alomar, D., Almashmoum, M., Eleftheriou, I., Whelan, P., & Ainsworth, J. (2024). The impact of patient access to electronic health records on health care engagement: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *26*, e56473.

Andriani, R., Pertiwi, J., Alfitasari, A., Salima, T. A. R., & Wijayanti, T. (2025). Variabel Dan Metadata Rekam Medis Elektronik Sebagai Standar Interoperabilitas Data Kesehatan di Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, *10*(2), 230-239.

Bardach, S. H., Real, K., & Bardach, D. R. (2017). Perspectives of healthcare practitioners: An exploration of interprofessional communication using electronic medical records. *Journal of interprofessional care*, *31*(3), 300-306.

Beckmann, M., Dittmer, K., Jaschke, J., Karbach, U., Köberlein-Neu, J., Nocon, M., & Pfaff, H. (2021). Electronic patient record and its effects on social aspects of interprofessional collaboration and clinical workflows in hospitals (eCoCo): a mixed metho

Bekele, T. A., Gezie, L. D., Willems, H., Metzger, J., Abere, B., Seyoum, B., & Bogale, T. N. (2024). Barriers and facilitators of the electronic medical record adoption among healthcare providers in Addis Ababa, Ethiopia. *Digital health*, *10*, 20552076241301946.

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776

Benjamins, J., de Vet, E., & Haveman-Nies, A. (2024). Enhancing interprofessional teamwork between youth care professionals using an electronic health record; a mixed methods intervention study. *Journal of interprofessional care*, *38*(3), 553-563.

Doornebosch, A. J., Achterberg, W. P., & Smaling, H. J. (2025). Interprofessional collaboration during multidisciplinary team meetings in geriatric rehabilitation: an observational study. *BMC geriatrics*, *25*(1), 213.

Fernandes, M., Souto-Miranda, S., Pires, D., Jácome, C., Ribeiro, F., Cordeiro, N., & Cruz, E. (2025). The Use of Electronic Health Records in Physiotherapy Practice: Protocol for a Scoping Review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *31*(8), e70324.

Jung, J. H., Kang, J. Y., Ko, C. H., Ko, J. Y., & Lim, J. Y. (2021). Effect of communication and education within the rehabilitation team: Therapists' and nurses' views. *Annals of geriatric medicine and research*, *25*(4), 301.

Kongkar, R., Ruksakulpiwat, S., Phianhasin, L., Benjasirisan, C., Niyomyart, A., Ahmed, B. H., & Adams, J. (2025). The impact of interdisciplinary team-based care on the care and outcomes of chronically ill patients: a systematic review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 445-457.

Kosteniuk, J., Morgan, D., Elliot, V., Bayly, M., Froehlich Chow, A., Boden, C., & O'Connell, M. E. (2024). Factors identified as barriers or facilitators to EMR/EHR based interprofessional primary care: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, *38*(2), 319-330.

Moy, A. J., Schwartz, J. M., Chen, R., Sadri, S., Lucas, E., Cato, K. D., & Rossetti, S. C. (2021). Measurement of clinical documentation burden among physicians and nurses using electronic health records: a scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *28*(5), 998-1008.

Olakotan, O., Samuriwo, R., Ismaila, H., & Atiku, S. (2025). Usability challenges in electronic health records: impact on documentation burden and clinical workflow: a scoping review. *Journal of evaluation in clinical practice*, *31*(4), e70189.

Purnasiwi, D., & Jenie, I. M. (2021). Literature review: Effect of interprofessional collaboration implementation of patient services. *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*, *10*(2), 265-272.

Robertson, S. T., Brauer, S. G., Burton-Jones, A., Grimley, R. S., & Rosbergen, I. C. (2024). From use, value and user-centered design to context: A mixed methods analysis of a hospital electronic medical record enhancement. *Digital Health*, *10*, 20552076241279208.

Robertson, S. T., Rosbergen, I. C., Burton-Jones, A., Grimley, R. S., & Brauer, S. G. (2022). The effect of the electronic health record on interprofessional practice: a systematic review. *Applied Clinical Informatics*, *13*(03), 541-559.

Shoolin, J. S. (2017). Clinical decision support and the electronic health record—applications for physiatry. *PM&R*, *9*, S34-S40.

Skumsnes, R., Thygesen, H., & Groven, K. S. (2023). Facilitators and barriers to communication in rehabilitation services across healthcare levels: a qualitative case study in a Norwegian context. *BMC health services research*, *23*(1), 1353.

Sukawan, A., Meilany, L., & Nur Rahma, A. (2021). *Literature review: Peran lembar catatan perkembangan terintegrasi (cppt) dalam meningkatkan komunikasi efektif pada pelaksanaan kolaborasi interprofesional di rumah sakit*. http://repo.poltekkestasikmalaya.ac.id/148/1/239-736-1-PB.pdf

Winman, T., & Rystedt, H. (2011). Electronic patient records in action: Transforming information into professionally relevant knowledge. *Health Informatics Journal*, *17*(1), 51-62.

Nadhira Imannaja*, Dewi Purnamawati

Magister Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta
Korespondensi penulis: Nadhira Imannaja. *Email: nadhiraimannaja@yahoo.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i6.3776