

## EVALUASI IMPLEMENTASI REKAM MEDIS TERINTEGRASI DI INSTALASI RAWAT INAP RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA

*EVALUATION OF INTEGRATED MEDICAL RECORD IMPLEMENTATION CASE STUDY IN  
INPATIENT INSTALATION OF SARDJITO GENERAL HOSPITAL YOGYAKARTA*

Patricia Suti Lasmani<sup>1</sup>, Fitri Haryanti<sup>2</sup>, Lutfan Lazuardi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta

<sup>2</sup>Program Ilmu Kepewaratan, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>3</sup>Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat,  
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** There was an interview with medical forensic sub-committee at Dr. Sardjito Hospital that stated no medical record was complete. Separated patient-monitoring reflected poor collaboration among medical staffs. Hence, Dr. Sardjito Hospital had implemented integrated medical records for inpatients and there should be an evaluation for the implementation.

**Objective:** This study aimed to evaluate documentation process of integrated medical records for inpatients at Dr. Sardjito Hospital through completeness, patient-centered care, inter-professional collaboration and confidentiality aspects. Second, it aimed to explore barriers and enablers of implementation of integrated medical records.

**Methods:** This study is a case study with descriptive-explanatory design. Main data source was documentation on medical records of three to six days inpatients. The documentation process was aimed for obtaining quantitative data of medical records-completeness. Triangulation of observation and focus group discussion was done for obtaining qualitative data.

**Results:** Implementation of integrated medical records was poor. None of medical records had standard abbreviation. Medical records which had no signed correction were 29.7% and only 41.6% of medical records had date and time written, while those with non-clear and simplified notes were 61.5%. However, most medical records had complete progress note (85.4%) and equipped with clear name and signed by the caregivers (81.3%). Focus group discussion resulted that integrated medical records was giving benefit. Integrated medical records provided better service to patients.

**Conclusion:** Dr. Sardjito Hospital has to obliged its medical staffs to implement integrated medical records for better services to patients.

**Keywords:** evaluation, integrated notes, medical records

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Hasil wawancara dengan petugas sub komite forensik medik Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr.

Sardjito menyatakan 100% pasien yang memerlukan visum dan surat keterangan medis, rekam medisnya tidak lengkap. Catatan perkembangan masih terpisah-pisah sehingga kurang mencerminkan kolaborasi, upaya rumah sakit telah menerapkan rekam medis terintegrasi pada pasien rawat inap, oleh karena itu perlu dilakukan evaluasi terhadap implementasinya.

**Tujuan:** Mengevaluasi pelaksanaan dokumentasi terintegrasi di rawat inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dari aspek kelengkapan, berpusat pada pasien, kolaborasi antar profesi serta kerahasiaan. Selain itu juga mencari penyebab ketidaklengkapan, manfaat, hambatan, dan pendukung implementasi rekam medis terintegrasi kepada dokter, perawat, dan ahli gizi.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan rancangan deskriptif eksplanatori terhadap implementasi rekam medis terintegrasi. Sumber bukti yang digunakan adalah dokumentasi rekam medis pasien yang sudah dirawat minimal tiga hari di enam ruang rawat inap untuk mendapatkan data kelengkapan rekam medis sebagai data kuantitatif, dilakukan triangulasi dengan cara observasi dan diskusi kelompok terarah sebagai data kualitatif.

**Hasil:** Implementasi yang masih perlu ditingkatkan yaitu: kejelasan: dengan hasil 29,7% pembetulan dengan dicoret dan diparaf dan tidak satupun rekam medis menggunakan singkatan baku; kelengkapan: dengan hasil 61,5% catatan perawatan jelas dan singkat, 85,4% catatan perkembangan terisi lengkap dan 81,3% tertulis nama dan tanda tangan; kebaruan: dengan hasil 41,6% tertulis waktu dan tanggal setiap tindakan; komprehensif: dengan hasil 95% ada penulisan kejadian insiden kritis, berpusat pada pasien dan kolaborasi: dengan hasil 92,2% ada data subyektif dan obyektif pada catatan perkembangan, 73,4% rencana individual dan komprehensif serta 88,0% mendokumentasikan persetujuan tindakan. Hasil Diskusi Kelompok Terarah (DKT), semua profesi menyetujui semua temuan dan menyampaikan manfaat rekam medis terintegrasi yaitu pelayanan lebih terintegrasi, pasien lebih diperhatikan dan kolaborasi menjadi lebih baik.

**Kesimpulan:** Semua profesi telah mengimplementasikan pada format yang telah ditentukan. Rekam medis terintegrasi bermanfaat untuk pasien, profesi, maupun rumah sakit.

**Kata Kunci:** evaluasi, catatan terintegrasi, rekam medis

## PENGANTAR

Rekam medis (RM) memfasilitasi dan mencerminkan integrasi dan koordinasi perawatan. Setiap praktisi kesehatan mencatat pengamatan, pengobatan, dan hasil dari diskusi tim perawatan pasien dalam catatan perkembangan dalam bentuk SOAP (IE) pada formulir yang sama di rekam medis, dengan harapan dapat meningkatkan komunikasi antar profesional kesehatan.<sup>1,2+</sup>

Rekam medis merupakan sarana komunikasi antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi yang dimaksud bertujuan untuk mencegah kesalahan dan pengulangan informasi, serta membantu perawat dalam manajemen waktunya.<sup>3</sup> Rencana perawatan tunggal, terintegrasi dan terukur adalah lebih baik daripada rencana perawatan terpisah yang disusun oleh masing-masing praktisi. Untuk meningkatkan kualitas rekam medis adalah dengan mengintegrasikan catatan profesional kesehatan menjadi satu catatan pasien yang terintegrasi.<sup>4</sup> Kami telah melakukan wawancara pendahuluan dengan petugas sub-komite forensik medik dan mereka menyatakan bahwa telah menemukan 142 rekam medis yang surat keterangan medisnya tidak lengkap, dalam sepuluh bulan terakhir. Berdasarkan hal tersebut RSUP Dr Sardjito Yogyakarta telah menerapkan rekam medis terintegrasi untuk memenuhi tuntutan akreditasi internasional *Joint Comission International* (JCI), sehingga perlu dilakukan evaluasi terhadap implementasi tersebut.

## BAHAN DAN CARA

Penelitian ini merupakan studi kasus<sup>5</sup> dengan rancangan deskriptif eksplanatori. Unit analisis dalam penelitian ini adalah hasil dokumentasi 192 rekam medis di enam ruang rawat inap yaitu penyakit dalam, anak, bedah, kebidanan, VIP dewasa, dan intensif anak.

Kriteria inklusi yang digunakan adalah dokumentasi rekam medis pasien yang dirawat minimal tiga hari dan pasien masih dirawat di rumah sakit untuk mendapatkan data kuantitatif, mengacu panduan WHO<sup>6</sup> yaitu komprehensif dan lengkap, berpusat pada pasien dan kolaborasi serta menjamin dan menjaga kerahasiaan pasien.<sup>6</sup> Hasil telaah dokumen yang tidak sesuai standar dilakukan triangulasi secara kualitatif. Triangulasi dilakukan dengan cara observasi kebaruan informasi, kerahasiaan dokumen, dan klarifikasi kebenaran dokumen.

DKT<sup>7</sup> dilakukan untuk mendapatkan persepsi dokter, perawat dan ahli gizi mengenai penyebab, manfaat, penghambat dan pendukung pelaksanaan rekam medis terintegrasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Telaah dokumen rekam medis dilakukan selama dua bulan di ruang Bougenvil 1 (37 RM), Bougenvil 4 (37 RM), Cendana 2 (37 RM), Cendrawasih 2 (37 RM), Kartika 2 (20 RM), dan PICU (20 RM).

Dari Tabel 1 terlihat bahwa 100% tidak menggunakan singkatan baku; 70,3% pembetulan kesalahan tidak dicoret dan diparaf; 38,5% catatan perawatan pasien tidak jelas dan singkat, 14,6 % catatan tidak lengkap, dan 18,7% tidak tertulis nama dan tanda tangan; 59,4%% catatan tidak tertulis tanggal; 5,0% dokumentasi tidak komprehensif.

Dari Tabel 2 terlihat bahwa 7,8% tidak ada data obyektif dan subyektif, sebanyak 27,6 % tidak ada rencana individual dan komprehensif; dan sebanyak 12,0% tidak mendokumentasikan persetujuan tindakan.

Variabel ketiga yang dinilai adalah kerahasiaan dokumen rekam medis dengan hasil semua menerapkan praktik-praktik kerahasiaan dan catatan disimpan sesuai persyaratan.

**Tabel 1. Review Kelengkapan dan Komprehensif Rekam Medis Terintegrasi di RSUP Dr Sardjito (n:192)**

Variabel	Ya	(%)	Tidak	(%)
Kejelasan:				
a. Tulisan terbaca	192	(100)		0
b. Menggunakan tinta	192	(100)		0
c. Pembetulan dengan dicoret dan diparaf	57	(29,7)	135	(70,3)
d. Menggunakan singkatan baku	0		192	(100)
Keringkasan	185	(96,4)	7	(3,6)
Kelengkapan				
a. Catatan perawatan pasien jelas, singkat	118	(61,5)	74	(38,5)
b. Catatan terintegrasi terisi lengkap	164	(85,4)	28	(14,6)
c. Tertulis nama dan tanda tangan	156	(81,3)	36	(18,7)
d. Tertulis sumber informasi	192	(100)		0
Kebaruan				
a. Tertulis tanggal dan waktu	78	(40,6)	114	(59,4)
b. Penulisan tepat waktu.	187	(97,4)	5	(2,6)
Berturut-turut	190	(99,0)	2	(1,0)
Kebenaran	192	(100)		0
Komprehensif	182	(95,0)	10	(5,0)

Tabel 2. Review Keterpusatan pada Pasien dan Kolaborasi di Rekam Medis Terintegrasi RSUP Dr Sardjito (n: 192)

Variabel	Ya	(%)	Tidak	(%)
<b>Berpusat pada pasien</b>				
a. Tertulis data obyektif dan subyektif	177	(92,2)	15	(7,8)
b. Rencana individual dan komprehensif	139	(72,4)	53	(27,6)
<b>Kolaborasi</b>				
a. Menggunakan formulir catatan terintegrasi	192	(100)	0	0
b. Ada <i>monitoring</i> terpadu rawat inap	188	(98,0)	4	(2,0)
c. Sistem dokumentasi yang relevan	192	(100)	0	0
d. Berdasarkan pengamatan profesional	192	(100)	0	0
e. Mendokumentasikan persetujuan tindakan	169	(88,0)	23	(12,0)
f. Bisa diakses informasi pasien	191	(99,5)	1	(0,5)
g. Dokumentasi intervensi melalui telepon	192	(100)	0	0
h. Staf klinis sering berkolaborasi	192	(100)	0	0
i. Dokumentasi mencatat tindakan, informasi, respon	188	(98,0)	4	(2,0)
j. Kesimpulan dan keputusan didukung data	192	(100)	0	0

DKT dilakukan kepada dokter, perawat, dan ahli gizi untuk mencari manfaat dan pendukung RM terintegrasi beserta penghambat dan penyebab tidak standarnya RM terintegrasi (lihat Tabel 3).

Tabel 3. Identifikasi Kemungkinan Penyebab Temuan Rekam Medis yang Tidak Sesuai Standar

Permasalahan terkait	Kemungkinan Penyebab
<b>Kejelasan</b>	
a. Pembetulan tidak dicoret dan diparaf (70,3%)	1) Kurangnya pemahaman responden
b. Menggunakan singkatan tidak baku (100%)	2) Kolom di rekam medis kecil-kecil contohnya format <i>monitoring</i> PICU
<b>Kelengkapan</b>	1) Responden tidak mengetahui adanya daftar singkatan baku
a. Catatan perawatan dari pengkajian, perencanaan tindakan dan evaluasi tidak jelas dan singkat (38,5%)	2) Seringnya membuat singkatan sesuai persepsi dan kebiasaan masing-masing
b. Catatan terintegrasi tidak terisi lengkap (14,6%)	1) Terjadi rebutan rekam medis untuk mendokumentasikan pada catatan terintegrasi
c. Tidak tertulis nama dan tanda tangan (18,7%)	2) Format rekam medis yang belum sesuai: adanya format yang harus ditulis oleh dokter ahli sehingga dokter bangsal/residen tidak berani mengisi walaupun dokter tersebut yang memeriksa pasien pertama kali, lokasi pengkajian yang terbatas karena adanya pertanyaan yang terstruktur, perencanaan keperawatan dalam bentuk <i>print out</i> dan belum terintegrasi, kesulitan menuliskan evaluasi karena kolomnya kecil
<b>Kebaruan: tidak tertulis tanggal dan waktu tindakan (59,4%)</b>	1) Keterbatasan waktu dan tenaga khususnya pada pasien yang hari rawatnya pendek seperti pasien kemoterapi
<b>Komprehensif: tidak komprehensif (5,0%)</b>	2) Pengisian instruksi pengobatan dan pemberian cairan infus pada <i>monitoring</i> terpadu tidak sesuai kompetensinya, seharusnya ditulis oleh dokter tetapi ditulis oleh perawat
<b>Berpusat pasien</b>	3) Perubahan format <i>monitoring</i> terpadu yang dirasa lebih pas format yang sebelumnya (versi 1), catatan perkembangan terintegrasi kolomnya kecil-kecil
a. Tidak tertulis data obyektif dan subyektif (7,8%)	1) Responden mengatakan karena faktor kelupaan, terkadang hanya tanda tangan saja, ada kondisi kegawatan pasien
b. Rencana tidak individual dan komprehensif (27,6%)	2) Adanya perubahan format implementasi yang kolomnya kecil-kecil sehingga hanya tanda tangan saja
<b>Kolaborasi: Tidak mendokumentasikan persetujuan tindakan (12,0%)</b>	1) Dikarenakan responden lupa, hanya menuliskan jam pada waktu menulis yang pertama dan mengikuti tanggal yang di atasnya
	2) Di VIP sering terjadi pada dokumentasi yang ditulis oleh konsulen
	Kurangnya pemahaman responden tentang pentingnya rekam medis komprehensif: kejadian tidak diharapkan misalnya pasien jatuh ditulis di kronologis kejadian tetapi tidak ditulis di rekam medis.
	1) Dalam kolom SOAP yang lama tidak ada panduannya S itu apa, O itu apa
	2) Untuk perawat karena kelalaian
	1) Kurangnya sosialisasi di tingkat dokter spesialis, apalagi dengan sistem DPJP
	2) Kurangnya komunikasi antar bagian/SMF
	3) Perlunya pertemuan atau pembahasan kasus sulit
	4) Perlunya <i>clinical pathway</i> supaya tidak terjadi penanganan yang <i>overlapping</i> dan tidak sinkron
	5) Belum adanya sistem komputer rekam medis
	6) Belum semua responden menulis perencanaan sesuai standar, sehingga sering lompat-lompat tidak terarah dari pertama
	1) Adanya revisi kebijakan <i>informed consent</i>
	2) Responden belum memahami kebijakan <i>informed consent</i> yang baru: tindakan apa saja yang memerlukan persetujuan, dan kapan harus minta persetujuan lagi

Integrasi dokumen diharapkan juga dapat mengintegrasikan pelayanan, tetapi kenyataannya belum sesuai seperti kutipan berikut: “antara dokter satu dengan dokter yang lain, pada pasien yang sama instruksi dietnya berbeda, contoh pasien Diabetes Mellitus (DM) mau operasi *craniotomy*, dikonsultasikan ke bagian endokrin mendapat diet DM, instruksi dokter bedah syaraf tertulis diet TKTP itu kan membingungkan dan *nggak* sinkron.” Kolaborasi dokter dan perawat sangat diperlukan dalam pelayanan pasien karena dapat meningkatkan akses, menurunkan kejadian yang tidak diharapkan, meningkatkan hasil yang lebih baik, penggunaan sumber daya lebih baik dan meningkatkan kepuasan profesi kesehatan. Menurut pandangan peneliti solusi dalam mengatasi hal ini adalah (1) adanya rencana penatalaksanaan terintegrasi oleh semua profesi; (2) saling membaca dan memahami rencana; (3) sosialisasi kebijakan DPJP dan DPJP utama kepada semua dokter; (4) DPJP memverifikasi, mengoreksi, menambah dan menyetujui rencana tersebut sesuai yang dibuat oleh masing-masing profesi; (5) adanya diskusi kasus terpadu; (6) pembahasan kasus sulit bersama; (7) rapat tim; (8) adanya manajer kasus; dan (9) adanya clinical pathway sebagai panduan kegiatan apa saja yang harus dilakukan pada masing-masing pasien.

Manfaat RM terintegrasi adalah pasien mendapat pelayanan yang terkolaborasi dari semua profesi, perawatan lebih optimal, kepuasan meningkat dan lebih efisien biaya maupun waktu. Bagi profesi: perencanaan pasien jelas dan terarah; rencana pemulangan pasien jelas; format lebih sederhana, beban kerja menulis berkurang, lebih komunikatif dan lebih kolaboratif; tindakan lebih jelas dan meminimalkan kejadian *overlapping*; pelayanan lebih berfokus pasien, berkelanjutan dan terintegrasi; sebagai alat komunikasi dan bukti otentik. Bagi rumah sakit: tercapai pelayanan prima, lebih hemat biaya, citra rumah sakit meningkat.

Hambatan implementasi RM terintegrasi adalah: keterbatasan jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) ahli gizi. Sosialisasi RM terintegrasi ke semua profesi kurang. Kurangnya komunikasi antar bagian/SMF. Terjadi rebutan RM untuk mendokumentasikan. Kuangnya integrasi dalam pelayanan. Banyaknya format yang harus diisi selain RM terintegrasi. Pendukung keberhasilan implementasi RM terintegrasi adalah: Adanya kebijakan pelayanan terintegrasi. Format terintegrasi lebih terstruktur sehingga meminimalkan deviasi. Tersedianya format yang mencukupi. Adanya sistem saling kolaborasi dan mengingatkan antar profesi. Adanya pelatihan terkait kebijakan dan cara pengisian RM terintegrasi untuk tenaga keperawatan, ahli gizi dan sebagian dokter.

Adanya supervisi dari atasan langsung. Adanya tenaga fungsional dan pengawas RM. Format *monitoring* PICU sudah mencerminkan integrasi.

## PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian pada Tabel 1, 2, dan 3 tampak bahwa kelengkapan dan komprehensif RM masih kurang dalam hal kejelasan, kelengkapan, kebaruan, komprehensif, berpusat pada pasien dan kolaborasi dalam hal persetujuan tindakan. Setelah dilakukan diskusi kelompok terarah kepada profesi dokter, perawat dan ahli gizi, dapat dijabarkan dampak implementasi RM terintegrasi terhadap RSUP Dr. Sardjito sebagai berikut.

### 1. Dampak Positif Implementasi RM Terintegrasi

Semua profesi sudah menulis pada format yang sama, mulai dari perencanaan, catatan perkembangan, instruksi, implementasi, evaluasi maupun edukasi pasien. Hal ini sesuai pendapat dari Frelita *et al.*<sup>1</sup> yang menyatakan RM memfasilitasi dan mencerminkan integrasi dan koordinasi perawatan. Secara khusus, setiap praktisi mencatat pengamatan, pengobatan, dan hasil atau kesimpulan dari pertemuan tim perawatan pasien dalam RM.

Pelayanan pasien lebih terintegrasi, pasien lebih diperhatikan oleh semua profesi dan kolaborasi antar petugas kesehatan menjadi lebih baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Frelita *et al.*<sup>1,8</sup>

### 2. Dampak Negatif Implementasi RM Terintegrasi

Perubahan format yang berulang-ulang membingungkan pelaksana dan beberapa kali ada perbandingan dan penolakan. Dokter merasa format terlalu sempit sehingga menulisnya tidak berurutan menutup kolom. Untuk *monitoring* terpadu jumlah baris untuk pemberian obat kurang banyak. Akhirnya disepakati untuk format penatalaksanaan pemberian obat disendirikan.

Implementasi RM terintegrasi yang berhasil adalah ketersediaan format di setiap ruang rawat inap dan semua profesi sudah mengisi pada format RM terintegrasi karena kesadaran profesi untuk mendokumentasikan sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab. Sesuai dengan pendapat William *et al.*<sup>1,9</sup> Selain itu, disahkannya kebijakan pelayanan terintegrasi dan pemberian instruksi tertulis oleh direktur utama sebagai dasar implementasi RM terintegrasi di RSUP Dr. Sardjito. Hal ini sesuai dengan panduan penyusunan dokumen akreditasi menurut Komite Akreditasi Rumah Sakit.<sup>10</sup>

Berdasarkan variabel kelengkapan dan komprehensif pada Tabel 1, semua tulisan dalam RM terbaca dan menggunakan tinta, keringkasan dokumen, tertu-

lis sumber informasi, penulisan tepat waktu, penulisan berturut-turut, kebenaran dokumen, dokumen komprehensif. Hal ini sesuai dengan kewajiban pokok yang menyangkut isi RM berkaitan dengan aspek hukum<sup>11</sup> dan panduan dokumentasi RM menurut WHO.<sup>6</sup> Variabel berpusat pada pasien dan kolaborasi pada Tabel 2, dengan hasil mayoritas 100%, hal ini sesuai dengan panduan dokumentasi RM WHO<sup>6</sup>, persepsi profesi dalam manfaat RM terintegrasi dan sesuai fungsi kerja tim dalam meningkatkan kolaborasi.<sup>12,13</sup> Kerahasiaan dokumen RM tercapai 100%, hal ini sesuai dengan aturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2008<sup>11</sup> tentang RM yang bermutu klausul 9 dan sesuai panduan RM WHO klausul 7, 8 dan 13<sup>6</sup>.

Variabel kelengkapan dan komprehensif yang belum berhasil adalah pembetulan tidak dicoret dan diparaf 70,3%. Hal ini tidak sesuai dengan peraturan Kemenkes RI, 2008 yaitu: jika salah menulis, coretlah dengan satu garis dan diparaf, sehingga yang dicoret masih bisa dibaca (klausul 9), jangan melakukan penghapusan, menutup dengan *tip-ex* atau mencorat-coret sehingga tidak bisa dibaca ulang (klausul 10), bila melakukan koreksi di komputer, diberi *space* untuk perbaikan tanpa menghapus isi yang salah (klausul 11) dan jangan merubah catatan RM dengan cara apapun karena bisa dikenai pasal penipuan (klausul 12). Terkait hal tersebut sudah dilakukan diskusi dengan salah satu staf Instalasi Catatan Medis terkait beberapa usulan solusi karena sampai saat ini kesalahan pembetulan dengan *di-tip-ex* atau ditambah masih terjadi.

Semua RM yang diteliti tidak menggunakan singkatan baku hal ini tidak memenuhi kriteria kejelasan RM klausul 5 panduan RM WHO: dokumentasi harus jelas, dan juga tidak sesuai panduan *review* dokumentasi menurut akreditasi JCI<sup>1</sup>: rumah sakit harus menentukan daftar singkatan baku yang digunakan dalam RM.

Kelengkapan RM yaitu catatan jelas dan singkat 61,5%, catatan perkembangan terisi lengkap 85,4%, pencapaian belum sesuai dengan panduan WHO.<sup>6</sup> Klausul 5 yang berbunyi dokumentasi harus jelas, singkat, berturut-turut, benar, kontemporer, lengkap, komprehensif, kolaboratif, berpusat pada pasien, dan rahasia. Hal ini disebabkan oleh kurang tertibnya pengisian dokumentasi RM. Tertulis nama dan tanda tangan dengan nilai 81,3%. Hal ini tidak sesuai dengan kewajiban pokok yang menyangkut isi RM<sup>11</sup> klausul 4: setiap tindakan yang dilakukan terhadap pasien harus dicatat dan dibubuhi paraf. Sehingga tanpa menuliskan nama pada kolom implementasi yang kecil-kecil dinyatakan telah sesuai dengan

klausul 4 tersebut. Hal kelengkapan RM ini ada perbedaan kriteria dengan penelitian Mikrajab<sup>14</sup> yang menyatakan 90% RM yang diteliti terisi lengkap dan penelitian Nelfiyanti<sup>15</sup> yang menyatakan bahwa kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada RM 30,4% dengan kategori cukup lengkap. Perbedaan tersebut kemungkinan dari perbedaan kriteria penilaian yang digunakan.

Tidak tertulis tanggal dan waktu setiap tindakan dengan nilai 59,4%. Hal ini tidak sesuai dengan klausul 5 yang bunyinya dokumentasi tepat waktu, dikaitkan dengan episode pelayanan yang terjadi. Dokumentasi tidak komprehensif sebesar 5% menyangkut kejadian yang tidak diharapkan, hal ini tidak sesuai panduan WHO klausul 9: dokumentasi sering digunakan untuk mengevaluasi praktik profesional sebagai bagian dari mekanisme jaminan kualitas.

Kurangnya sosialisasi tentang panduan RM menurut standar WHO, peraturan Kementerian Kesehatan dan kebijakan internal RSUP Dr. Sardjito kepada seluruh profesi terkait, merupakan salah satu penyebab ketidak berhasilan tersebut. Pengisian rencana penatalaksanaan terintegrasi belum optimal karena merupakan format baru. Hal ini sesuai penelitian Rogers dalam Notoatmojo<sup>16</sup> bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, dalam diri orang tersebut terjadi proses *awareness, interest, evaluation, trial, dan adoption*. Selanjutnya dikatakan apabila penerimaan perilaku baru didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng.

## KESIMPULAN

Semua profesi telah mengimplementasikan RM terintegrasi pada format yang telah ditentukan, dengan hasil yang baik dalam hal keringkasan, kebenaran, berturut-turut, kolaborasi, dan kerahasiaan. Sedangkan beberapa hal perlu ditingkatkan yaitu: kejelasan, kelengkapan, kebaruan, komprehensif, berpusat pada pasien. RM terintegrasi bermanfaat bagi pasien, profesional, dan rumah sakit.

Organisasi perlu merevisi daftar singkatan baku yang berlaku di RS sesuai masukan dari masing-masing profesi/bagian. Sosialisasi kebijakan RM terintegrasi, cara pengisian RM terintegrasi, singkatan baku dan *Informed consent* ke seluruh profesi yang terkait. Lakukan monitoring, evaluasi, dan *review* RM secara berkala serta berikan umpan balik ke pihak terkait. Perlunya *Clinical Pathway* sebagai panduan tindakan dan dokumentasi dan komunikasi antar bagian/SMF dalam bentuk rapat tim atau diskusi kasus bersama/pembahasan kasus sulit. Perlunya penambahan/pengaturan tenaga ahli gizi sesuai

perhitungan. Pelaku/Profesi wajib mengikuti sosialisasi terkait RM. Wajib mengimplementasikannya dalam RM. Pada pasien operasi, perawatan ICU, lakukan pendokumentasian di catatan perkembangan terintegrasi sesuai panduan. Apabila RM sedang diisi oleh dokter maka perawat bisa menulis di buku catatan perawat/*logbook*. Revisi format RM mengacu pada kebijakan dan peraturan yang berlaku dan bisa diimplementasikan.

## REFERENSI

1. Frelita G, Situmorang TJ, & Silitonga DS. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 4 th ed., Oakbrook Terrace, Illinois 60181 U.S.A, 2011.
2. Iyer Patricia W. & Camp Nancy,H. Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan. EGC, Jakarta, 2004.
3. Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, & Weaver K. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *Int J Nurs. Terminol. Classif.* 2009;20;169-80.
4. Moss F. Spreading the word: information for quality. *Qual. Health Care*, 1994;.3 Suppl:46-50.
5. Yin Robert,K. Studi Kasus Desain dan Metode. Rajawali Persada, Jakarta, 2011.
6. WHO. Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation. 2007.
7. Creswell JW. & Clark VLP. Designing and Conducting Mixed Methods Research(Sage Publications, Inc., California, 2007.
8. Cohen SG. & Bailey DE. What Makes Teams Work Group Effectiveness Research from the Shop floor to Executive Suite. *Journal of Management*, 1997;23[3]: 239-90.
9. Williams,J.G., Roberts,R., & Rigby, M.J. Integrated patient records: another move towards quality for patients? *Qual. Health Care*.1993;2; 73-4
10. Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012. Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi. 2012.
11. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Rekam Medis. 2008.
12. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M, Quarterly M. Organizing Care for patients with chronic illness. *Group Health Cooperative of Puget Sound* ,1996;74(4); 511-44,
13. Health Professions Networks Nursing and Midwifery Human Resources for HealthWorld Health OrganizationDepartment of Human Resources for Health20 & avenue Appia1211 Geneva 27 Switzerland Framework for Action on Inter-professional Education & Collaborative Practice Appia1211 Geneva 27Switzerland, 2010.
14. Mikrajab,MA. Evaluasi Implementasi Rekam Medis di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. SIMKES, IKM, UGM. Yogyakarta. 2011.
15. Nelfiyanti. Pengaruh Pengetahuan dan Motivasi Perawat terhadap Kelengkapan Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan pada Rekam Medis di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Medan. IKM Universitas Sumatera Utara. 2009.
16. Notoatmodjo,S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Reneka Cipta. Yogyakarta, 2007.