

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang baik ditunjang dengan penyelenggaraan rekam medis yang baik pada setiap pelayanan kesehatan di rumah sakit (Hatta, 2013). Ketika pengetahuan medis menjadi lebih kompleks, akan semakin diperlukan untuk memiliki sistem informasi kesehatan yang terkoordinasi diantara seluruh pengguna dalam hal ini adalah Rekam Medis Elektronik (RME) (Skolnik, 2011). Perkembangan implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) mulai dilakukan di berbagai negara, termasuk didalamnya negara berkembang. Di Indonesia, penerapan rekam medis elektronik sangat didukung dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan yang baru ditetapkan yaitu Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 dimana pada Pasal 3 Ayat 1 menyebutkan bahwa Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik, hal itu memberikan peluang dan harapan cerah bagi pengimplementasian dan perkembangan Rekam Medis Elektronik (RME) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia.

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan sistem komputerisasi informasi kesehatan yang mengumpulkan, menyimpan dan menampilkan informasi pasien yang menjadi sarana untuk membuat rekaman terbaca dan terorganisir secara lengkap dan untuk mengakses informasi klinis tentang pasien (Ajami & Bagheri-Tadi, 2013). RME memiliki potensi untuk mengurangi biaya, meningkatkan *outcome* dalam bidang kesehatan, mengkoordinasikan perawatan pasien dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Pada implementasi RME maka memungkinkan adanya pertukaran informasi pasien secara elektronik untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien, seperti mempromosikan koordinasi perawatan dan pelaporan kualitas klinis dan tindakan (Skolnik, 2011).

Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) dapat mengatasi permasalahan pendokumentasian kertas dalam pemberian pelayanan kesehatan jika berhasil diterapkan, tetapi implementasi yang buruk dapat menyebabkan pemborosan sumber daya yang ada dalam fasilitas pelayanan kesehatan (Adedeji *et al*, 2022). Meskipun pembuatan rekam medis elektronik memiliki banyak keuntungan, namun dalam beberapa kasus pembuatan RME tampak sangat rumit. Permasalahan tersebut bisa disebabkan karena tidak tersedianya teknologi yang cocok, kendala pendanaan, serta kurangnya keterampilan teknis dan komunikasi pegawai (Ajami *et al*, 2011). Tinjauan menyeluruh terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi RME dapat memberikan dukungan berkelanjutan untuk perkembangan implementasi RME di berbagai struktur fasilitas pelayanan kesehatan (Kruse *et al*, 2016)

Menurut hasil penelitian (Kruse *et al*, 2016) menjelaskan bahwa dalam implementasi RME terdapat faktor pendukung dan faktor penghambat yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi RME. Dari berbagai daftar faktor pendukung RME, tingkatan teratas faktor pendukung yaitu efisiensi (12%), ukuran organisasi (9%), dan peningkatan mutu (9%). Di ikuti dengan faktor akses ke pelayanan kesehatan (7%), persepsi kebermanfaatan (6%), kemampuan untuk memindahkan informasi (6%) dan insentif (5%). Dan di urutan terakhir disebutkan mengenai pengurangan kesalahan (4%), penghematan waktu (4%), dan daya saing (4%). Sedangkan, faktor penghambat yang sering muncul adalah pendanaan (17%), di ikuti dengan penggunaan waktu (6%), persepsi kurang bermanfaat (6%), transisi data (6%), dan lokasi fasilitas (6%). Selanjutnya, di ikuti dengan isu implementasi RME (5%) dan terakhir mengenai kurangnya intraprobabilitas (4%), *medical error* (4%), pelatihan (4%), perawatan (4%), dan pengembangan RME (4%).

Terlepas dari kemajuan nyata dalam metode implementasi dan penggunaan RME, realisasi manfaat mengenai efisiensi waktu, produktivitas, dan peningkatan kualitas perawatan belum terpenuhi atau hanya sebagian terwujud. Oleh karena itu, diperlukan identifikasi secara kompleks terkait implementasi RME agar realisasi manfaat mendapatkan hasil yang maksimal

(Tsai *et al*, 2020). Berdasarkan hasil penelitian (Ajami & Bagheri-Tadi, 2013) menyatakan bahwa beberapa hambatan dalam implementasi RME yaitu; waktu (*time*); pendanaan (*cost*); tidak adanya keterampilan komputer (*absence of computer skill*); gangguan pada alur kerja (*workflow disruption*); kekhawatiran tentang keamanan dan privasi (*concern about security and property*); komunikasi antar pengguna (*communication among users*); hubungan interaksi dokter dan patient (*interfaces with doctor-patient relationship*); kurangnya intensif (*lack of incentives*); kompleksitas (*complexity*); ruang fisik (*physical space*); kekhawatiran mengenai pemilihan RME efisien (*concern about the ability to select an effectively install EHRs*); dukungan teknis (*technical support*); interoperabilitas (*interoperability*); akses komputer dan literasi komputer (*access to computers and computer literacy*); kepercayaan vendor (*vendor trust*); dukungan ahli (*expert support*); kekhawatiran terkait entri data (*concern about data entry*); pelatihan dan pengalaman vendor (*training and after-sail experiences with their vendor*); keandalan (*reliability*); pertukaran data yang tidak memadai (*inadequate data exchange*); pelatihan formal (*formal training*); kemunduran system (*speed*); integrasi antarlembaga (*interinstitutional integration*); dan konektivitas nirkabel (*wireless connectivity*). Penggunaan RME membutuhkan adanya kontribusi dari pengguna, dukungan dari dokter dan tenaga kesehatan maupun organisasi pengambil keputusan.

Menurut teori DOQ-IT, (2009) menyebutkan bahwa penilaian kesiapan implementasi merupakan salah satu langkah pertama dalam proses adopsi RME. Selanjutnya, dalam proses adopsi RME dibutuhkan *tools* yang dapat mengukur kesiapan implementasi sistem di fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat sekaligus mengeksplorasi fasyankes secara berkelanjutan dan mendalam dalam hal ini menggunakan *tools* DOQ-IT. Pada *tools* ini berisi pengukuran terhadap dua area kesiapan implementasi sistem yaitu, area kesiapan penyelarasan organisasi dan area kesiapan kapasitas organisasi. Area kesiapan penyelarasan organisasi terdiri dari budaya, organisasi, kepemimpinan dan strategi.

Selanjutnya, penilaian area kesiapan kapasitas organisasi terdiri dari manajemen informasi, staf klinis dan administrasi, pelatihan, proses alur kerja, akuntabilitas, keuangan dan anggaran, keterlibatan pasien, manajemen dan dukungan IT serta infrastruktur IT.

Berdasarkan hasil penelitian (Pratama & Darnoto, 2017) mengenai analisis kesiapan implementasi rekam medis elektronik di instalasi rawat jalan RSUD Kota Yogyakarta menyatakan bahwa area kesiapan sumberdaya manusia berada pada range III yaitu dalam kategori cukup siap (DOQ-IT, 2009). Range III menunjukkan bahwa sudah terdapat pemahaman tentang RME dan bagaimana manfaatnya bagi rumah sakit. Area kesiapan budaya kerja organisasi memiliki skor sebesar 19 dari total skor untuk area ini sebesar 55, sehingga RSUD Kota Yogyakarta berada pada kategori range II yang mengindikasikan bahwa budaya kerja cukup siap (DOQ-IT, 2009). Pemahaman tentang perubahan budaya kerja organisasi yang mungkin terjadi bila RME diterapkan. Area kesiapan tata kelola dan kepemimpinan berada pada range II yaitu cukup siap. Range II mengindikasikan telah ada pemahaman tentang nilai RME dari jajaran manajemen, tetapi belum seluruhnya. Sedangkan untuk area kesiapan infrastruktur masuk dalam range II yang mengindikasikan bahwa infrastruktur cukup siap (DOQ-IT, 2009). Area kesiapan paling tinggi berada pada sumber daya manusia. Terdapat tiga area kesiapan yang masuk dalam kategori cukup siap yaitu infrastruktur, budaya kerja dan tata kelola kepemimpinan. Infrastruktur di RSUD Kota Yogyakarta dinilai cukup untuk dapat melakukan pengembangan RME. Pada area budaya kerja diperlukan adanya pemahaman mengenai perencanaan RME yang harus melibatkan berbagai stakeholder yang berhubungan dengan RME. Selain itu regulasi mengenai RME perlu diatur dalam kebijakan. Pada area tata kelola dan kepemimpinan juga masih dibutuhkan adanya pembuatan rencana strategi pengembangan sistem informasi dan teknologi informasi sebagai bentuk nyata keseriusan jajaran manajemen dalam pengembangan rekam medis elektronik.

Menurut penelitian yang dilakukan (Sudirahayu & Harjoko, 2016) yang berjudul Analisis Kesiapan Perencanaan Rekam Medis Elektronik Menggunakan DOQ-IT di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung menyatakan bahwa dari penilaian kesiapan sumber daya manusia diperoleh skor 9 dari maksimal skor 30. Berada pada range I yang mengindikasikan tidak ada pemahaman yang kuat tentang RME dan apa manfaatnya untuk rumah sakit. Diperlukan pengembangan visi dan penguatan kapasitas staf klinis dan administrasi sebelum bergerak menuju penerapan RME. Aspek penilaian kesiapan budaya kerja organisasi diperoleh skor 22 dari maksimal skor 55. Berada pada range II yang mengindikasikan telah ada pemahaman tentang perubahan budaya kerja organisasi yang mungkin terjadi bila RME diterapkan. Diperlukan eksplorasi rinci dan perencanaan untuk mengantisipasi perbedaan pendapat dan pemahaman sebagai dampak yang mungkin terjadi terkait perubahan budaya kerja organisasi. Aspek penilaian kesiapan tata kelola dan kepemimpinan diperoleh skor 22 dari maksimal skor 40. Berada pada range II yang mengindikasikan telah ada pemahaman tentang nilai RME pada pengambil keputusan. Ada beberapa kelemahan yang bisa di eksplorasi secara rinci dan didiskusikan terkait strategi dan dukungan manajemen. Aspek penilaian kesiapan infrastruktur diperoleh skor 13 dari maksimal skor 20. Berada pada range III yang mengindikasikan bahwa kapasitas teknologi informasi cukup kuat dan kemungkinan untuk berhasil dalam adopsi RME cukup tinggi. Maka dapat disimpulkan secara keseluruhan bahwa variabel yang paling siap dengan skor tertinggi yaitu infrastruktur sedangkan variabel yang belum siap dengan skor terendah adalah variabel sumber daya manusia dan budaya kerja.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilaksanakan pada tanggal 26 Oktober 2022 di Rumah Sakit Ciremai Cirebon, peneliti melakukan wawancara kepada salah satu staff Instalasi Rekam Medis dan didapatkan bahwa penerapan RME di RS Ciremai Cirebon sudah dilaksanakan mulai dari tahun 2019.

Berikutnya, pada proses perencanaan RME di RS Ciremai ini hanya Kepala Rumah Sakit dan kepala ruangan tiap pengguna RME saja yang dilibatkan dalam rapat perancangan kebutuhan RME dengan pihak ketiga serta seringkali terjadi ketidaksepaham antara pihak rumah sakit dengan vendor. Manajemen Rumah Sakit memberikan dukungan penuh terkait dengan penerapan RME dalam bentuk pendanaan dan pemenuhan infrastruktur IT. Selanjutnya, selama proses adaptasi RME staf hanya diberikan sosialisasi terkait penggunaan RME tanpa diadakannya pelatihan penggunaan RME bagi setiap unit pengguna. Dalam pelaksanaan adaptasi RME terdapat beberapa kendala seperti, beberapa staf rumah sakit yang sudah tua merasa kesulitan karena tidak terlalu paham teknologi, adanya pengembangan RME yang membuat aplikasi yang digunakan terkadang *lemot* dan *error*, adanya ketidaksinkronan antara pelaporan menu satu dengan menu lainnya pada sistem serta banyaknya penambahan modul aplikasi baru membuat pengguna harus mulai belajar kembali dari awal terkait aplikasi tersebut. Sebaliknya, petugas juga merasa sangat dimudahkan dengan adanya RME karena beban kerja yang dilaksanakan menjadi lebih ringan. Selain itu, pasien yang berobat juga diberikan kesempatan akses ke RME dalam bentuk penandatanganan digital pada *general consent* melalui tautan yang dikirimkan melalui *whatsapp* pasien serta pemberian akses untuk pencetakan surat anjungan mandiri. Peneliti melakukan wawancara via *WhatsApp* kepada salah satu staff Instalasi Rekam Medis bahwa di RS Ciremai Cirebon belum pernah dilakukan Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) menggunakan metode DOQ-IT.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Sudirahayu & Harjoko, 2016), studi pendahuluan yang telah dilakukan serta adanya Peraturan Menteri Kesehatan yang baru ditetapkan yaitu Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) dengan menggunakan Metode DOQ-IT di RS Ciremai Cirebon”.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa rumusan masalah dari penelitian ini adalah “ Bagaimana Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) di Rumah Sakit Ciremai Cirebon dengan menggunakan pendekatan *DOQ-IT (Doctor’s Office Quality-Information Technology)*”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menggambarkan Tingkat Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) di Rumah Sakit Ciremai Cirebon dengan menggunakan pendekatan *DOQ-IT*.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan Tingkat Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) di Rumah Sakit Ciremai Cirebon berdasarkan aspek penyelarasan organisasi.
- b. Menggambarkan Tingkat Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) di Rumah Sakit Ciremai Cirebon berdasarkan aspek kapasitas organisasi.
- c. Menggambarkan Tingkat Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) di Rumah Sakit Ciremai Cirebon

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan evaluasi serta masukan untuk rumah sakit dalam menilai kesiapan implementasi Rekam Medis Elektronik.

2. Bagi Institusi

Dapat dijadikan sumber pustaka baru serta pengembangan ilmu pengetahuan lebih lanjut terkait penelitian kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik khususnya untuk Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Cirebon di Politeknik Kesehatan Tasikmalaya.

3. Bagi Mahasiswa

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan terkait aspek-aspek kesiapan implementasi rekam medis elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Variabel
1.	Made Karma Maha Wirajaya dan Ni Made Umi Kartika Dewi 2020	Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dharma Kerti Tabanan Menerapkan Rekam Medis Elektronik	Kuantitatif dan Kualitatif dengan pendekatan deskriptif.	Kesiapan Budaya Organisasi, Kesiapan Tata Kelola dan Kepemimpin an, Kesiapan Sumber Daya Manusia dan Kesiapan Infrastruktur.
2.	Lilis Masyfufah dan Sendy Ayu Mitra Uktutias 2021	Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dharma Kerti Tabanan Menerapkan Rekam Medis Elektronik	Deskriptif Kuantitatif dengan rancang bangun <i>cross- sectional</i>	Penyelarasan Organisasi dan Kapasitas Organisasi

3.	Muhammad Hamdani Pratama dan Sri Darnoto 2017	Kesiapan Dinas Kesehatan Kota Surabaya Menghadapi Era <i>Electronic Health Record</i> (EHR)	Dinas Kota Era rancangan penelitian studi kasus	<i>Concurrent mix method</i> dengan rancangan penelitian studi kasus	Sumber Daya Manusia, Budaya Kerja Organisasi, Tata Kelola dan Kepemimpinan, dan Infrastruktur
4.	Ika Sudirahayu dan Agus Harjoko 2016	Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik Menggunakan DOQ-IT di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung	Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik Menggunakan DOQ-IT di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung	Penelitian Kualitatif dengan rancangan studi kasus	Sumber Daya Manusia, Budaya Kerja Organisasi, Tata Kelola dan Kepemimpinan, dan Infrastruktur
5.	Eka Wilda Faida dan Amir Ali 2021	Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (<i>Doctor's Office Quality-Information Technology</i>)	Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (<i>Doctor's Office Quality-Information Technology</i>)	Deskriptif Kuantitatif dengan rancang bangun <i>cross-sectional</i>	Sumber Daya Manusia, Budaya Kerja Organisasi, Tata Kelola dan Kepemimpinan, dan Infrastruktur

Berdasarkan tabel diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa pada penelitian ini terdapat unsur persamaan dan perbedaan dengan penelitian diatas, diantaranya sebagai berikut.

1. Made Karma Maha Wirajaya dan Ni Made Umi Kartika Dewi (2020)
 - a. Persamaan : sama-sama menggunakan instrumen kesiapan DOQ –IT
 - b. Perbedaan : pada penelitian tersebut menggunakan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif. Sedangkan penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif. Selanjutnya, Variabel yang diteliti dalam penelitian tersebut adalah kesiapan sumber daya manusia, kesiapan budaya kerja organisasi, kesiapan tata kelola dan kepemimpinan serta kesiapan infrastruktur. Sedangkan variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah penyalarsan organisasi dan kapasitas organisasi.
2. Lilis Masyfufah dan Sendy Ayu Mitra Uktutias (2021)
 - a. Persamaan : sama-sama menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan instrumen kesiapan DOQ –IT
 - b. Perbedaan : bentuk instrumen yang digunakan pada penelitian tersebut adalah wawancara. Sedangkan pada penelitian ini menggunakan bentuk instrumen berupa kuesioner
3. Muhammad Hamdani Pratama dan Sri Darnoto (2017)
 - a. Persamaan : sama-sama menggunakan instrumen kesiapan DOQ-IT
 - b. Perbedaan : metode penelitian yang digunakan pada penelitian tersebut adalah *concurrent mixed method* dengan rancangan studi kasus. Sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif
4. Ika Sudirahayu dan Agus Harjoko (2016)
 - a. Persamaan : sama-sama menggunakan instrumen kesiapan DOQ-IT
 - b. Perbedaan : pada penelitian tersebut menggunakan metode penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Sedangkan penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif.

Selanjutnya, variabel yang diteliti dalam penelitian tersebut adalah kesiapan sumber daya manusia, kesiapan budaya kerja organisasi, kesiapan tata kelola dan kepemimpinan serta kesiapan infrastruktur. Sedangkan variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah penyelarasan organisasi dan kapasitas organisasi

5. Eka Wilda Faida dan Amir Ali (2021)
 - a. Persamaan : sama-sama menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan instrumen kesiapan DOQ-IT
 - b. Perbedaan : variabel yang diteliti dalam penelitian tersebut adalah kesiapan sumber daya manusia, kesiapan budaya kerja organisasi, kesiapan tata kelola dan kepemimpinan serta kesiapan infrastruktur. Sedangkan variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah penyelarasan organisasi dan kapasitas organisasi