

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

1. Pengertian

Menurut WHO (*World Health Organization*), definisi rumah sakit adalah integral dari satu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*Komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat peneliti medik.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 dijelaskan bahwa Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan prorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes RI, 2020). Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan sekunder yang menjadi tempat masyarakat memerlukan perawatan medis lebih lanjut (rujukan).

2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Kemenkes RI, 2009). Untuk menjalankan tugas sebagaimana yang dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan.

3. Kewajiban Rumah Sakit

Pada pasal 29 dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 menyatakan bahwa beberapa kewajiban yang harus dipenuhi oleh setiap rumah sakit sebagai berikut.

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit.
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.

- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.
- h. Menyelenggarakan rekam medis.
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia.
- j. Melaksanakan sistem rujukan.
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan.
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien.
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.

- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional.
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*).
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas.
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai Kawasan tanpa rokok.

B. Rekam Medis Elektronik

1. Pengertian Rekam Medis Elektronik

Rekam Medis Elektronik (RME) adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis (Permenkes RI, 2022). Definisi rekam medis elektronik menurut Hatta dalam Silalahi dan Sinaga (2019) mengartikan rekam medis elektronik sebagai sebuah sistem yang secara khusus dirancang untuk mempermudah kinerja bagi petugas medis, karena rekam medis elektronik memiliki berbagai macam fitur yang ditawarkan untuk kelengkapan dan keakuratan data, memberi tanda notifikasi, serta memiliki sistem untuk mendukung keputusan fasilitas pelayanan

kesehatan dan mampu menggabungkan data dengan pengetahuan medis serta alat bantu lainnya (Silalahi dan Sinaga, 2019).

Sistem rekam medis elektronik sebenarnya bukanlah hal yang baru dalam dunia kesehatan. Pertama kali konsep rekam medis elektronik dicetuskan oleh Larry Weed pada tahun 1970, yang ingin mengubah bagaimana cara profesi medis modern menulis dan memelihara catatan medis yang kemudian terciptalah sistem rekam medis pertama yang disebut *Problem-Oriented Medical Information Sistem* (PROMIS), dimana sistem tersebut menjadi dasar perkembangan rekam medis elektronik saat ini (Aronson, 2019).

Pada dasarnya, rekam medis elektronik adalah bentuk perpindahan catatan medis dari versi kertas menuju sistem elektronik. Rekam medis elektronik merupakan teknologi pendukung yang memungkinkan memberikan pelayanan yang berkualitas dan cepat dibandingkan dengan rekam medis berbasis kertas. Dalam penggunaan dasarnya, rekam medis digunakan dalam pelayanan kesehatan primer untuk merekam informasi pasien dan memfasilitasi perawatan pasien yang berisi informasi demografis dan klinis yang komprehensif tentang diagnosis, anamnesa, resep, pengukuran fisik, hasil laboratorium, prosedur medis, rujukan dan faktor risiko (McBrien *et al.*, 2018).

2. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, penyelenggaraan rekam medis elektronik yaitu dimulai dari kedatangan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan, melakukan pengobatan, pasien

pulang atau dirujuk hingga meninggal (Permenkes RI, 2022). Rangkaian penyelenggaraan rekam medis elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu sebagai berikut :

a. Registrasi pasien

Registrasi pasien merupakan kegiatan pendaftaran pasien berupa pengisian data identitas dan data sosial pasien rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap. Data identitas paling sedikit berisi nomor rekam medis, nama pasien, dan Nomor Induk Kependudukan (NIK). Sedangkan, data sosial meliputi agama, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan (Permenkes RI, 2022). Registrasi pasien dilakukan oleh petugas pendaftaran atau perekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Pendistribusian data rekam medis elektronik

Pendistribusian data rekam medis elektronik adalah kegiatan pengiriman data rekam medis elektronik pasien dari satu unit pelayanan ke unit pelayanan lainnya yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Pengisian informasi klinis

Pengisian informasi klinis berupa kegiatan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengisian dilakukan dengan lengkap dan jelas oleh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan dengan mencantumkan nama, waktu, dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

d. Pengolahan informasi rekam medis elektronik

1) Pengkodean

Pengkodean merupakan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*) atau ICD-10 sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

2) Pelaporan

Pemberian laporan kepada internal fasilitas pelayanan kesehatan dan pelaporan eksternal dari fasilitas pelayanan kesehatan kepada dinas kesehatan, kementerian kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait.

3) Penganalisisan

Penganalisisan dilakukan terhadap rekam medis elektronik secara kuantitatif dan kualitatif.

e. Penginputan data untuk klaim pembiayaan

Penginputan data untuk klaim pembiayaan merupakan kegiatan penginputan kode klasifikasi penyakit pada aplikasi pembiayaan berdasarkan hasil diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan rekam medis, dalam rangka pengajuan penagihan biaya pelayanan.

f. Penyimpanan rekam medis elektronik

Penyimpanan rekam medis elektronik merupakan kegiatan penyimpanan data rekam medis pada media penyimpanan berbasis

digital pada fasilitas pelayanan kesehatan dengan menjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan, dan ketersediaan data rekam medis elektronik dan dilengkapi dengan sistem pencadangan atau *backup system*.

g. Penjaminan mutu rekam medis elektronik

Penjaminan mutu rekam medis elektronik merupakan audit mutu rekam medis elektronik yang dilakukan berkala tim revidi rekam medis yang dibentuk secara internal di fasilitas pelayanan kesehatan dan dilakukan sesuai dengan pedoman rekam medis elektronik.

h. Transfer isi rekam medis elektronik

Transfer isi rekam medis merupakan kegiatan pengiriman rekam medis dalam rangka merujuk pasien ke pelayanan kesehatan perorangan di fasilitas pelayanan kesehatan penerima rujukan.

3. Isi Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, isi rekam medis elektronik terdiri dari dokumentasi administratif dan dokumentasi klinis. Dokumentasi administratif berisi identitas pendaftaran pasien, sedangkan dokumentasi klinis berisikan seluruh dokumentasi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes RI, 2022).

Standarisasi isi rekam medis pasien diatur secara detail dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022 Tentang Pedoman Variabel dan Meta Data Pada Penyelenggaraan Rekam

Medis Elektronik, yang dibedakan berdasarkan jenis pelayanan kesehatan yang meliputi Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat jalan, rawat inap, laboratorium, dan apotek (Keputusan Menteri Kesehatan RI, 2022). Standarisasi isi rekam medis elektronik pada pelayanan rawat jalan adalah sebagai berikut :

a. Identitas

1) Identitas Umum Pasien

Identitas umum pasien meliputi nama lengkap, nomor rekam medis, nomor induk kependudukan (NIK), nomor identitas lain (Khusus WNA) berupa Paspor/KITAS, nama ibu kandung, tempat lahir, tanggal lahir, jenis kelamin, agama, suku, bahasa yang dikuasai, alamat lengkap sesuai kartu identitas meliputi RT, RW, kelurahan/desa, kecamatan, kotamadya/kabupaten, kode pos, provinsi, dan negara, alamat domisili meliputi RT, RW, kelurahan/desa domisili, kecamatan, kotamadya/kabupaten, kode pos, provinsi, dan negara, nomor telepon rumah, nomor telepon seluler, pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan.

2) Identitas Bayi Baru Lahir

Identitas bayi baru lahir meliputi nama bayi, NIK ibu kandung, nomor rekam medis, tanggal lahir bayi, jam lahir dan jenis kelamin.

b. Cara pembayaran

Cara pembayaran dapat dilakukan dengan beberapa cara meliputi, JKN, mandiri, atau asuransi lainnya.

c. Formulir Umum/Asesmen awal rawat jalan

Menurut Suryadi (2013) dalam Hendro dan Setiatin (2021) asesmen awal menjadi informasi dasar untuk mengetahui keadaan pasien dan untuk *planning* tindak lanjut perawatan, agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan dan tindakan yang sama dengan penyakit yang dideritanya pada waktu pengobatan di ruangan, baik penyakit kronis, infeksi ataupun akut (Hendro dan Setiatin 2021).

Dalam KMK No. HK.01.01/MENKES/1423/2022 formulir umum atau asesmen awal rawat jalan terdiri atas beberapa poin sebagai berikut :

1) Anamnesis

Anemnesis berisi keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat alergi dan riwayat pengobatan.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi gambar anatomi tubuh dan keadaan umum. Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran, *vital sign* meliputi denyut jantung, pernapasan, tekanan darah sistole dan diastole, suhu tubuh, kepala, mata, telinga, hidung, rambut, bibir, gigi geligi, lidah, langit-langit, leher, tenggrokan, tonsil, dada, payudara, perut, genital, anus/dubur, lengan atas, lengan bawah, jari tangan, kuku tangan, persendian tangan, tungkai atas, tungkai bawah, jari kaki, kuku kaki, dan persendian kaki.

3) Pemeriksaan psikologi, sosial ekonomi, spiritual

Status psikologi meliputi tidak ada kelainan, cemas, takut, marah, sedih, dan lain-lain. Sosial ekonomi meliputi pendidikan, pekerjaan, atau penghasilan pasien atau keluarga. Spiritual meliputi agama, keyakinan, atau nilai-nilai pasien atau keluarga.

d. Pemeriksaan spesialistik

- 1) Riwayat penggunaan obat, meliputi nama obat, dosis, dan waktu penggunaan.
- 2) Rencana rawat
- 3) Instruksi medik dan keperawatan
- 4) Pemeriksaan penunjang, meliputi nomor rekam medis, nama pasien, NIK, tanggal lahir, jenis kelamin, jam dan tanggal waktu pemeriksaan.
- 5) Status puasa pasien
- 6) Laboratorium, meliputi nama pemeriksaan, nomor permintaan, jam dan waktu permintaan, dokter pengirim, nomor telepon dokter pengirim, nama fasilitas pelayanan kesehatan yang mengirim spesimen klinis, unit pengirim, prioritas pemeriksaan, diagnosis/masalah, catatan permintaan, metode pengiriman hasil, asal sumber spesimen klinis, lokasi pengambilan spesimen, jumlah spesimen, volume spesimen, cara/metode pengambilan spesimen klinis, tanggal dan jam pengambilan spesimen, cairan fiksasi, volume cairan fiksasi, nama petugas pengambil spesimen,

nama petugas penganalisis spesimen, jam dan tanggal pemeriksaan/pengujian dan pengolahan spesimen. Hasil pemeriksaan meliputi nilai hasil pemeriksaan, nilai normal/tidak normal, nilai rujukan, dan nilai kritis. Interpretasi hasil pemeriksaan, meliputi hasil, nama dokter yang memvalidasi/memverifikasi hasil pemeriksaan, nama dokter yang menginterpretasi hasil pemeriksaan, jam dan tanggal pemeriksaan keluar, jam dan tanggal pemeriksaan lab diterima unit pengirim, dan nama fasilitas yang melakukan pemeriksaan.

- 7) Radiologi, meliputi nama pemeriksaan radiologi, jenis pemeriksaan, nomor permintaan, jam dan waktu permintaan, dokter pengirim, nomor telepon dokter pengirim, nama fasilitas kesehatan yang mengirim, nit pengirim permintaan, prioritas pemeriksaan, diagnosis kerja/masalah, catatan permintaan, metode penyampaian hasil, status alergi pasien terhadap bahan kontras/zat lainnya, status kehamilan, jam dan waktu pemeriksaan, jenis bahan kontras, hasil pemeriksaan meliputi foto hasil, nama dokter yang menginterpretasi, interpretasi radiologi.
- 8) Diagnosis, meliputi diagnosis awal/masuk dan diagnosis akhir. Diagnosis akhir meliputi diagnosis primer dan sekunder.
- 9) Persetujuan tindakan/penolakan tindakan (*informed consent*), meliputi nama pasien, dokter pemberi penjelasan, nama petugas pendamping, nama keluarga pasien, tindakan yang dilakukan, konsekuensi dari tindakan, persetujuan/penolakan, tanggal dan

jam pemberian penjelasan tindakan, tanda tangan dokter pemberi penjelasan, pasien/keluarga yang menerima penjelasan, saksi 1, dan saksi 2.

10) Terapi, meliputi tindakan dan obat. Tindakan meliputi nama tindakan, petugas pemberi tindakan, tanggal dan waktu mulai tindakan, waktu selesai, alat medis yang digunakan dan bahan medis habis pakai yang digunakan. Obat meliputi peresepan obat yang berisi nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir, tinggi badan, berat badan, luas permukaan tubuh untuk anak-anak, ID resep, nama obat, ID obat, bentuk/sediaan, jumlah obat, aturan pakai meliputi metode/rute pemberian, dosis, unit, frekuensi/interval, aturan tambahan, catatan resep, dokter penulis resep, nomor telepon dokter penulis resep, tanggal dan jam penulisan resep, tanda tangan dokter penulis resep, status resep dan pengkajian resep.

4. Manfaat Rekam Medis Elektronik

Menurut Handiwidjojo dalam Satria Indra Kesuma, (2023) ada tiga manfaat yang diperoleh fasilitas kesehatan dari penerapan rekam medis elektronik jika mempertimbangkan berbagai keuntungan termasuk faktor *cost and benefits*. Manfaat penggunaan rekam medis elektronik adalah sebagai berikut :

a. Manfaat umum

Rekam medis elektronik akan meningkatkan profesionalisme dan kinerja manajemen rumah sakit. Bagi para pasien akan menikmati

kemudahan, kecepatan, dan kenyamanan pelayanan kesehatan. Bagi para dokter, rekam medis elektronik memungkinkan diberlakukannya standar praktek kedokteran yang baik dan benar. Bagi pengelola rumah sakit, rekam medis elektronik akan menghasilkan dokumentasi yang sesuai dengan porsinya sehingga mendukung koordinasi antar bagian dalam rumah sakit.

b. Manfaat operasional

- 1) Meningkatkan kecepatan penyelesaian pekerjaan administrasi. Ketika dengan sistem rekam medis manual penelusuran hingga pengembalian berkas rekam medis memakan waktu, terlebih jika kunjungan pasien banyak. Dengan rekam medis elektronik terjadi peningkatan efektifitas kerja.
- 2) Meningkatkan akurasi data. Sistem rekam medis elektronik dapat memberikan peringatan atau notifikasi apabila kolom tidak terisi data ataupun terdapat data duplikat, sehingga dapat menjaga keakuratan data dan ketelitian pengguna.
- 3) Meningkatkan efisiensi karena kecepatan dan akurasi data meningkat, sehingga waktu yang dibutuhkan dalam melakukan pencatatan rekam medis berkurang. Hal ini membuat pengguna dapat lebih fokus pada pekerjaan utamanya.
- 4) Mendukung kemudahan pelaporan, karena rekam medis elektronik dilengkapi dengan pembuat laporan berdasarkan data-data yang telah dimasukkan. Pembuatan laporan dapat dilakukan

dengan mudah dalam hitungan menit dan dapat lebih memfokuskan waktu untuk menganalisis laporan tersebut.

c. Manfaat organisasi

- 1) Menciptakan budaya kerja organisasi yang disiplin administrasi. Rekam medis elektronik mendukung kelengkapan dan keakuratan data sehingga berkas atau laporan akan tersedia dengan cepat dan baik. Hal ini akan menghilangkan budaya organisasi yang sering menunda pekerjaan dan mengabaikan administrasi.
- 2) Meningkatkan koordinasi antar unit dalam organisasi. Pekerjaan antar unit dapat termonitor sehingga dapat meningkatkan koordinasi dan meminimalisasi kesalahan dalam menyelesaikan pekerjaan.
- 3) Dapat menghemat biaya organisasi. Implementasi komputerisasi dalam administrasi memang memerlukan investasi biaya yang cukup tinggi. Namun dalam prosesnya akan meminimalisasi penggunaan alat operasional dan pencetakkan laporan yang dapat memakan biaya lebih besar setiap tahun. Hal ini akan menjadi penghematan biaya organisasi yang cukup signifikan dalam jangka panjang.

C. Implementasi Kebijakan

1. Pengertian Implementasi Kebijakan

Menurut KBBI implementasi adalah pelaksanaan atau penerapan, pertemuan kedua kata ini dimaksudkan untuk mencari bentuk tentang hal

yang disepakati dulu. Menurut Wahab (1997) dalam Mustisari (2015) implementasi adalah kegiatan yang dilakukan oleh individu, pejabat, atau kelompok untuk mencapai tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. Dalam Mustisari (2015) menurut Salusus implementasi adalah seperangkat kegiatan yang dilakukan menyusul setelah satu keputusan. Dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan adalah pelaksanaan atau penerapan kebijakan oleh seorang atau kelompok untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

2. Faktor-Faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan

Terdapat 2 variabel yang mempengaruhi terselenggaranya suatu implementasi, yaitu variabel sumber daya manusia dan sumber daya modal (Mustari, 2015).

a. Sumber Daya Manusia

Dalam variabel sumber daya manusia terdiri dari 3 (tiga) faktor yaitu motivasi, kepemimpinan, dan kinerja. Motivasi merupakan ungkapan kebutuhan seseorang yang bersifat pribadi dan internal. Kepemimpinan merupakan aktivitas seseorang untuk mempengaruhi orang lain agar dapat diarahkan untuk mencapai tujuan organisasi. Dan kinerja merupakan hasil yang dicapai oleh seseorang yang dibandingkan dengan ukuran yang berlaku untuk pekerjaan tertentu.

b. Sumber Daya Modal

Dalam variabel sumber daya modal terdiri dari 2 faktor yaitu biaya dan manfaat serta biaya dan efektivitas. Biaya dan manfaat yaitu membandingkan suatu kebijakan dengan cara menghitung total biasa

dan total keuntungan yang diukur dalam bentuk uang. Sedangkan biaya dan efektivitas yaitu membandingkan suatu kebijakan dengan cara mengkuantifikasi total biaya dan akibat yang diukur dalam bentuk pelayanan.

3. Model-Model Implementasi Kebijakan

Berikut ini merupakan model-model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh para ahli.

a. Model implementasi kebijakan George C. Edward III tahun 1980

Implementasi kebijakan merupakan tahap perumusan kebijakan antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi kebijakan. Jika kebijakan tidak dapat mengurangi permasalahan maka kebijakan tersebut kemungkinan akan mengalami kegagalan dalam pengimplementasiannya. Menurut model George C. Edward III dalam Abdoellah dan Rusfiana (2016) terdapat 4 faktor yang bekerja secara simultan dan berinteraksi untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan yaitu: komunikasi, sumber-sumber, sikap pelaksana (kecenderungan-kecenderungan) atau tingkah laku, dan birokrasi (Abdoellah dan Rusfiana, 2016)

1) Komunikasi

Terdapat 3 hal penting dalam mengkomunikasikan kebijakan yaitu transmisi, konsistensi dan kejelasan. Syarat utama pengimplementasian kebijakan yang efektif yaitu pelaksanaan keputusan harus diketahui apa yang mereka

lakukan dan ditularkan kepada personil yang tepat, akurat dan dipahami.

2) Sumber-sumber

Sumber-sumber merupakan faktor yang penting dalam melaksanakan kebijakan supaya pengimplementasian kebijakan dapat berjalan secara efektif. Dalam mengimplementasikan kebijakan sumber-sumber tersebut meliputi staf yang memadai serta memiliki keahlian untuk melaksanakan tugas dan fasilitas-fasilitas yang diperlukan untuk menerjemahkan usul-usul di atas kertas guna melaksanakan pelayanan-pelayanan.

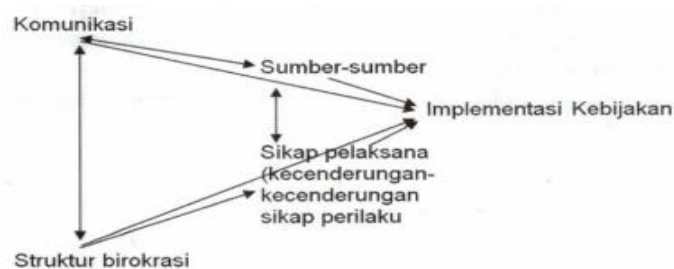
3) Sikap pelaksana

Faktor ketiga yang menjadikan implementasi dapat berjalan efektif adalah kecenderungan dari para pelaksana kebijakan. Jika para pelaksana kebijakan bersikap baik terhadap kebijakan, itu berarti mendukung pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang diharapkan para pembuat kebijakan. Dampak negatif atau positif suatu kebijakan sangat tergantung pada kecenderungan para pelaksana kebijakan.

4) Struktur birokrasi

Birokrasi merupakan badan yang paling sering menjadi pelaksana kebijakan. Menurut Edward struktur birokrasi nantinya akan berkenaan dengan kesesuaian antara organisasi birokrasi sebagai penyelenggara implementasi kebijakan publik (Mustari, 2015). Struktur birokrasi menjadi faktor yang

fundamental dalam mengkaji kebijakan. Ada dua kemungkinan faktor yang dapat menjadi faktor penghambat fungsi struktur birokrasi yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah prosedur kerja yang menjadi ukuran-ukuran dasar atau sering disebut *Standard Operating Procedures* (SOP). Sedangkan faktor eksternal yaitu berupa tekanan – tekanan dari luar unit birokrasi seperti komite dalam legislatif, *interest group*, pejabat-pejabat eksekutif dan faktor eksternal lainnya.



Sumber : Buku teori & analisis kebijakan publik, Abdoellah dan Rusfiana (2016) hal 70

Gambar 2.1 Model Implementasi Kebijakan George C. Edward III

b. Model implementasi kebijakan Charles Jones

Menurut Charles Jones (1996:166) dalam (Ponto, Pioh and Tasik, 2016) mengemukakan mengenai implementasi kebijakan, yaitu: *implementation is the set of activities directed toward putting a program into effect* implementasi adalah serangkaian aktivitas atau kegiatan untuk melaksanakan sebuah program yang dimaksudkan untuk menimbulkan akibat tertentu, dimana implementasi kebijakan terdiri dari 3 (tiga) aktivitas utama yang sangat penting yaitu :

1) Organisasi

Dalam setiap pelaksanaan atau implementasi kebijakan publik kapan dan dimanapun kebijakan itu dioperasionalisasikan, seharusnya didukung oleh eksistensi organisasi yang fleksibel dengan tugas pokok dan fungsi yang jelas dan terarah, serta didukung oleh implementor kebijakan yang handal dan memiliki kapasitas yang tidak diragukan dalam menjalankan tugas-tugas keorganisasian, sehingga setiap kebijakan yang dijalankan akan menjadi sebuah realitas dan diterima oleh dan untuk kepentingan publik (Kadji, 2015).

Organisasi merupakan pembentukan dan/atau penataan kembali sumber daya, unit-unit, dan metode agar kebijakan dapat memberikan hasil atau dampak. Aktivitas pengorganisasian (*organization*) merupakan suatu upaya menetapkan dan menata kembali sumber daya, unit-unit dan metode-metode yang mengarah pada upaya mewujudkan atau merealisasikan kebijakan menjadi hasil yang sesuai dengan apa yang menjadi tujuan dan sasaran dalam kebijakan. Organisasi dalam hubungan dengan pelaksanaan kebijakan dapat dikaitkan dengan penentu unit-unit kerja yang ada, pembagian tugas dari masing-masing unit organisasi berupa sumber daya manusia, keuangan dan sarana prasarana dalam organisasi (Islam, 2022).

2) Interpretasi atau Pemahaman

Bahwa walaupun setiap kebijakan strategis yang dihasilkan bisa langsung dilaksanakan tanpa harus diterbitkan derivasi kebijakan teknisnya, akan tetapi lebih ideal dan realistis jika kebijakan strategis itu tetap diinterpretasikan atau dijabarkan sampai kepada hal-hal teknis dan implementatif, agar setiap orang ataupun implementor dapat lebih memahami apa yang harus dilakukan sesuai sasaran dan target yang akan dicapai oleh setiap kebijakan itu (Kadji, 2015).

Interpretasi atau pemahaman merupakan bentuk penafsiran dari program menjadi rencana dan pengarahannya yang tepat dan dapat diterima serta dilaksanakan. Aktivitas interpretasi (*interpretation*) merupakan aktivitas penjelasan substansi dan suatu kebijakan dalam bahasa yang operasional dan mudah dipahami, sehingga substansi kebijakan dapat dilaksanakan dan diterima oleh pelaku dan sasaran kebijakan.

Sejalan dengan pemikiran ini, Abidin (2002:199) juga menggambarkan tentang suatu sistem kejiwaan (*behavior*) dari kebijakan yang berhubungan dengan pemahaman pelaksanaan maupun sasaran tentang kebijakan yang pada akhirnya dapat menerima atau menolak kebijakan tersebut. Pengaruh faktor kejiwaan dalam pelaksanaan kebijakan menjadi sangat penting dari substansi itu sendiri. Disamping itu, pemahaman masyarakat tidak terletak pada isi kebijakan tetapi juga cara

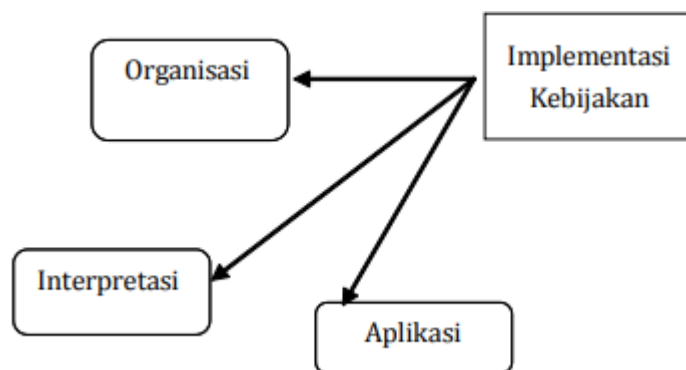
pendekatan dan penyampaian serta cara melaksanakan suatu kebijakan. Interpretasi dalam kaitannya dengan keberhasilan implementasi kebijakan menyangkut pemahaman mendalam tentang tujuan dan sasaran kebijakan sehingga dapat memberikan dukungan dengan melaksanakan tugas yang diberikan berhubungan dengan kebijakan tersebut (Islam, 2022).

3) Aplikasi atau Penerapan

Bahwa setiap produk kebijakan yang dijalankan oleh organisasi yang fleksibel dan eksistensial, serta didukung oleh kemampuan interpretatif yang dijabarkan dalam tataran teknis implementatif, maka yang demikian itu sebagai syarat mutlak agar kebijakan itu akan lebih aplikatif, sehingga kebijakan tidak sekedar dalam angan-angan yang mewujud dalam realitas. Namun demikian, pada akhirnya bermuara pada kemampuan para implementor kebijakan publik dalam melakukan tindakan nyata agar setiap produk kebijakan akan bermanfaat bagi kepentingan publik (Kadji, 2015).

Aplikasi atau penerapan oleh para pelaksana kebijakan yang mencakup kegiatan atau ketentuan rutin dari pelayanan, pembayaran atau lainnya yang disesuaikan dengan tujuan atau perlengkapan program dari kebijakan publik yang telah ditentukan.

Sejalan dengan Abidin (2002:199) mengemukakan juga tentang keberhasilan implementasi kebijakan dari pendekatan *procedural*, yang berupa langkah-langkah yang ditempuh dalam pelaksanaan kebijakan. Sesuai dengan prosedur tersebut, maka yang terpenting dalam implementasi adalah berdasarkan urutan pentingnya maupun prioritas menurut waktunya. Bertolak dari pemikiran tentang aplikasi atau penerapan program, maka aplikasi tersebut sangat erat kaitannya dengan prosedur dan tata kerja kebijakan yang biasanya berupa petunjuk pelaksana kebijakan (Islam, 2022).



Sumber : Buku *Formulasi dan Implementasi Kebijakan Publik Kepemimpinan dan Perilaku Birokrasi dalam Fakta realitas*, oleh Kadji (2015) hal 73

Gambar 2.2 Model Implementasi Kebijakan Charles Jones

D. Metode *Doctor's Office Quality-Information Technology* (DOQ-IT)

Doctor's Office Quality-Information Technology (DOQ-IT) merupakan salah satu metode untuk menganalisis tingkat kesiapan penerapan sistem informasi berbasis rekam medis elektronik. Metode ini sangat tepat digunakan

untuk menganalisis kesiapan sebelum sebuah aplikasi berbasis elektronik dioperasikan. Untuk menentukan *road map* dan keberlanjutan program pengembangan rekam medis elektronik dibutuhkan analisis kesiapan kondisi sumber daya manusia, budaya organisasi, tata kelola kepemimpinan serta infrastruktur (MASSPRO, 2009).

Hasil analisis setelah dideskripsikan dalam bentuk narasi, kemudian diskoring menggunakan *EHR Assessment and Readiness Starter Assessment* oleh *Doctor's Office Quality-Information Technology* (DOQ-IT), yang dimodifikasi dan disesuaikan dengan konteks rumah sakit. Penilaian kesiapan diinterpretasikan sesuai dengan kelompok nilai yang ditunjukkan pada tabel berikut.

Tabel 2.1 Interpretasi Penilaian Kesiapan Implementasi RME

Kisaran Skor	Interpretasi	Keterangan
I 98 – 145	Skor dalam kisaran ini menunjukkan bahwa sumber daya manusia, budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan dan infrastruktur rumah sakit siap akan pemanfaatan RME serta dapat mengatasi kemungkinan tantangan untuk keberhasilan adopsi RME.	Rumah Sakit Sangat Siap untuk implementasi RME
II 50 – 97	Skor dalam kisaran ini menunjukkan bahwa, ada kemampuan yang baik di beberapa komponen kesiapan, namun ada pula beberapa kelemahan di beberapa komponen. Diperlukan identifikasi dan antisipasi lebih lanjut pada komponen yang lemah agar implementasi bisa tetap berjalan lebih baik.	Rumah Sakit Cukup Siap untuk implementasi RME
III 0 – 49	Skor dalam kisaran ini menunjukkan adanya kelemahan di beberapa komponen yang penting bagi keberhasilan implementasi RME. Diperlukan identifikasi dan perencanaan secara komprehensif	Rumah Sakit Belum Siap untuk implementasi RME

sebelum bergerak maju dalam adopsi
dan implementasi

Sumber : *Doctor's Office Quality-Information Technology (DOQ-IT, 2009)*

1. Sumber Daya Manusia

a. Staf Klinis dan Administrasi

Sumber daya manusia menjadi aspek penting dalam penerapan rekam medis elektronik. Sumber daya manusia baik staf klinis maupun administrasi harus sudah disusun dalam suatu kebutuhan implementasi. Selain itu perlu adanya kemampuan pengoperasian komputer yang baik untuk mendukung penerapan rekam medis elektronik (Adelia Rizki, 2022).

Pengembangan rekam medis elektronik (RME) akan sangat tergantung pada sumber daya manusia (SDM) sebagai pengguna RME maupun sebagai penyusun kebijakan. Menurut WHO (2016), RME merupakan sistem otomatis yang terdiri dari indentifikasi pasien, pengobatan, peresepan, hasil labolatorium dan di dokumentasikan oleh dokter saat pasien berkunjung (Pratama dkk., 2017). Kesiapan sumber daya manusia berkaitan dengan keterlibatan pengguna, hal ini juga secara signifikan berhubungan dengan tingkat pendidikan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menyebutkan bahwa sumber daya manusia teknologi informasi untuk (SIMRS) minimal terdiri dari staf yang memiliki kualifikasi dalam bidang analisis sistem,

programmer, hardware dan maintenance jaringan (Kemenkes RI, 2013). Untuk itu perencanaan SDM harus terdokumentasi dan diusulkan pada pihak kepegawaian. Kemampuan staf dalam mengoperasikan komputer juga menjadi komponen penting dalam mendukung pengembangan rekam medis elektronik (Faida and Ali, 2021).

b. Pelatihan

Pelatihan merupakan bagian dari proses perencanaan penerapan rekam medis elektronik. Selain itu staf harus memiliki kemampuan yang sesuai dengan keahlian yang dibutuhkan (Adelia Rizki, 2022).

Salah satu isu penting yang memerlukan perencanaan matang adalah terkait dengan ketersediaan sumber daya manusia beserta kemampuannya (Pratama and Darnoto, 2017). Dibutuhkan pelatihan teknis bagi para tenaga medis dan para medis untuk kelancaran implementasi rekam medis elektronik, karena kurangnya pelatihan dan dukungan teknis dapat menjadi penghalang dalam mengadopsi sistem rekam medis elektronik (Sudirahayau and Harjoko, 2016). Peningkatan kapasitas staf yang dilakukan dengan pelatihan dapat menambah pengetahuan, menambah keterampilan, dan merubah sikap. Pelatihan merupakan sarana mengembangkan kemampuan seseorang dalam hidup dan pekerjaannya. Pelatihan juga merupakan sarana untuk meningkatkan dan mengembangkan sikap, *skill*, dan kemampuan

pegawai. Dalam pelatihan dapat diketahui kekurangan individu untuk kemudian diperbaiki. Untuk itu pentingnya sumber daya manusia dalam pengembangan suatu sistem informasi kesehatan agar dapat berjalan secara maksimal.

2. Budaya Kerja Organisasi

a. Budaya

Budaya organisasi lebih mengarahkan pada perubahan sistem rumah sakit yang pada awalnya pemakaian rekam medis yang sifatnya masih tradisional yakni secara manual kini beralih ke RME. Penerapan RME dapat memberikan suatu peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien serta efisiensi (Carroll, 2012 dalam Wirajaya dan Dewi, 2020). Pada tahap awal penerapan RME akan mengakibatkan pergeseran budaya yang awalnya manual kemudian beralih ke elektronik sehingga akan memiliki efek fisik dan fisiologis. Oleh karena itu, organisasi harus memotivasi penerimaan staf atau pegawai pada penerapan RME karena hal itu menjadi penentu utama keberhasilan penerapan RME (Wirajaya dan Dewi, 2020). Kesiapan budaya juga menyangkut beberapa proses terkait cara pandang organisasi dalam melihat penggunaan rekam medis elektronik. Selain itu juga menyangkut pihak-pihak yang ikut serta dalam proses perencanaan. Aspek budaya organisasi yang baik akan mengikutsertakan seluruh pihak yang berkepentingan dalam

merencanakan dan menyusun *framework* rekam medis elektronik (Adelia Rizki, 2022).

Kesuksesan dalam implementasi rekam medis elektronik adalah dengan adanya keikutsertaan staf klinis maupun administrasi dalam proses desain dan perencanaan implementasi (Faida dan Ali, 2021).

b. Keterlibatan pasien

Rekam medis pasien yang baik mengandung unsur SOAP, yaitu *Subjective*, berisi keterangan sesuai dengan pernyataan pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat penyakit keluarga, dan keadaan sosial ekonomi; *Objective*, berisi hasil observasi dan pemeriksaan yang telah dilakukan dokter, data-data pemeriksaan psikologi, dan hasil pemeriksaan penunjang; *Assesment* atau penilaian, merupakan interpretasi atau kesan kondisi saat pemeriksaan, bisa berupa diagnosa; berikutnya adalah *Plan* atau rencana kelanjutan pengobatan. Untuk memperoleh rekam medis yang baik tersebut, sangat diperlukan keterlibatan pasien, terutama untuk data yang sifatnya subjektif (Sudirahayu & Harjoko, 2016). Pada penelitian yang dilakukan di Austria mengenai pemberdayaan pasien dengan RME, disebutkan bahwa keterlibatan pasien secara teknis dilakukan dengan pasien dapat mengakses langsung data kesehatannya sesuai haknya melalui portal pasien (Sudirahayu dan Harjoko, 2016).

Keterlibatan pasien dalam interaksi penggunaan rekam medis elektronik merupakan aspek penting yang perlu dipertimbangkan. Aspek pelepasan informasi termasuk kemudahan akses pelayanan untuk terhubung dengan sarana penunjang lainnya (Adelia Rizki, 2022).

c. Alur kerja proses

Menurut Carroll et al 2012, Staf medis dan administrasi maupun pihak jajaran manajemen juga menganggap RME dapat memberikan peningkatan kualitas pelayanan namun harus didukung dengan sistem kerja yang jelas dan SDM IT yang handal. Keberhasilan pengembangan RME tidak hanya terlepas dari sistem yang sudah dibuat. Sistem yang disusun harus sesuai dengan kebutuhan pengguna. Carroll et al (2012) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa salah satu kesuksesan dalam implementasi RME adalah dengan adanya keikutsertaan staf klinis maupun administrasi dalam proses desain dan perencanaan implementasi. Untuk menuju pada perubahan tersebut, staf klinis maupun staf administrasi menyadari bahwa sebagai pengguna memiliki peran yang penting dalam memberikan masukan. Alur kerja proses ini menyangkut proses administrasi klinis termasuk perkiraan pasien dan staf yang dibutuhkan. Parameter tersebut juga dinilai terkait kebijakan, prosedur dan protokol yang diperlukan untuk proses menuju RME (Faida and Ali, 2021).

Kesiapan budaya mencakup penerimaan tenaga kesehatan atas teknologi informasi. Diperlukan suatu peningkatan pengetahuan dan kesadaran pengguna akan pentingnya rekam medis. Tenaga kesehatan harus memiliki pemahaman dan komitmen untuk pelaksanaan sesuai yang direncanakan. Memotivasi praktisi kesehatan untuk berkomitmen melaksanakan proses sesuai dengan perubahan alur kerja (Pribadi dkk., 2021).

Aspek alur kerja menyangkut kebijakan dan SOP (*standar operating procedur*) yang efektif dan akan digunakan dalam penerapan rekam medis elektronik (Adelia Rizki, 2022).

d. Manajemen informasi

Aspek manajemen informasi menyangkut pengelolaan sistem informasi yang ada secara menyeluruh. Dalam aspek ini diperlukan adanya standar pengelolaan rekam medis elektronik dan usaha dalam peningkatan kualitas (Adelia Rizki, 2022).

Menurut Carroll et al dalam Faida dan Ali (2021) mengatakan bahwa staf medis dan administrasi maupun pihak jajaran manajemen juga menganggap rekam medis elektronik dapat memberikan peningkatan kualitas pelayanan namun harus didukung dengan sistem kerja yang jelas dan sumber daya manusia yang handal. Keberhasilan pengembangan rekam medis elektronik tersebut tidak hanya terlepas dari sistem yang sudah dibuat. Sistem yang disusun harus sesuai dengan kebutuhan penggunanya.

Menangani tantangan dan hambatan, dan menerima saran dan modifikasi berdasarkan masukan. Ada kecenderungan pengguna untuk menerima dan mendukung apabila rekam medis elektronik diaplikasikan. Sebuah penelitian menyatakan bahwa tahap awal implementasi rekam medis elektronik adalah pergeseran budaya dan menerapkan RME merupakan proses yang memiliki efek fisik dan fisiologis. Manajemen harus memotivasi penerimaan staf pada rekam medis elektronik karena hal itu menjadi penentu utama keberhasilan sistem (Sudirahayau dan Harjoko, 2016).

3. Tata Kelola Kepemimpinan

a. Kepemimpinan

Aspek kepemimpinan melihat keseriusan pemimpin dalam memandang penerapan rekam medis elektronik. Selain itu dilihat pula adanya tim eksekutif dalam perencanaan rekam medis elektronik (Adelia Rizki, 2022).

Menurut Carroll et al 2012, Kesuksesan dalam proses implementasi EMR dipengaruhi oleh dukungan kepemimpinan yang kuat, keikutsertaan dari staf klinis dalam desain dan implementasi, proses pelatihan pada staf, serta proses perencanaan yang sesuai jadwal serta penyediaan anggaran yang memadai (Pratama and Darnoto, 2017). *Critical element* pertama untuk keberhasilan implementasi rekam medis elektronik adalah terkait *team leadership* yang merupakan komite untuk mengkomando

proses-proses dalam pengembangan. Di dalam tim tersebut terdiri dari berbagai pihak interdisipliner yang bersedia meluangkan waktu untuk ikut serta dalam proses pengembangan sistem (Heatland, 2009). Selain itu juga dibutuhkan manajer yang kuat dan pemimpin senior manajer klinis dan tenaga klinis (Faida dan Ali, 2021).

b. Strategi

Menurut Alfred Chandler strategi adalah penetapan sasaran dan arahan tindakan serta alokasi sumber daya yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Dalam hal ini, aspek strategi dilihat dari ada tidaknya perencanaan strategis dalam pengembangan teknologi informasi dengan strategi-strategi yang dapat terukur dari sisi kualitas dan efisiensi (Adelia Rizki, 2022).

Kebijakan pimpinan berpengaruh besar pada kesuksesan penerapan rekam medis elektronik. Ini disimpulkan dari hasil penelitian, dimana para pengguna menyatakan akan patuh bila ada ketentuan dari pimpinan yang mewajibkan untuk menggunakan rekam medis elektronik dan mengentri langsung menggunakan komputer. Dikemukakan hal lain yang dapat membuat pengguna bersemangat untuk penerapan rekam medis elektronik adalah apabila ada *reward* dalam penerapan rekam medis elektronik. Ini sesuai dengan pernyataan bahwa keuntungan keuangan dapat memotivasi seseorang, dan bahwa pemberian insentif dapat

menahan gelombang yang timbul akibat implementasi sistem baru (Sudirahayu dan Harjoko, 2016).

c. Dukungan manajemen IT

Dukungan manajemen teknologi informasi dapat dilihat dari ketersediaan staf TI atau pengelola teknologi informasi dan dapat menyelesaikan permasalahan terkait manajemen teknologi informasi seperti SIMRS. Selain itu juga dapat membantu dalam proses perencanaan pengembangan dan/atau penerapan RME yang dilakukan oleh pihak manajemen/pimpinan (Adelia Rizki, 2022).

d. Akuntabilitas

Akuntabilitas dilihat dengan peran pimpinan dalam komitmen dan tanggung jawab dalam analisis produk, kontrak dan negosiasi dengan vendor atau pihak ketiga untuk penyediaan rekam medis elektronik (Adelia Rizki, 2022).

4. Infrastruktur IT

a. Infrastruktur Teknologi Informasi

Kesiapan infrastruktur teknologi informasi dilihat dari perencanaan kebutuhan *hardware*, desktop, terminal dan perangkat lain yang diperlukan untuk mendukung rekam medis elektronik. Perencanaan tersebut harus didukung dengan kemampuan sistem tinggi, *upgrade* sesuai standar, terukur dan mudah dipelihara.

Infrastruktur yang dibangun untuk implementasi rekam medis elektronik harus memperhatikan persyaratan untuk privasi dan keamanan, juga terkait asuransi kesehatan dan akuntabilitas.

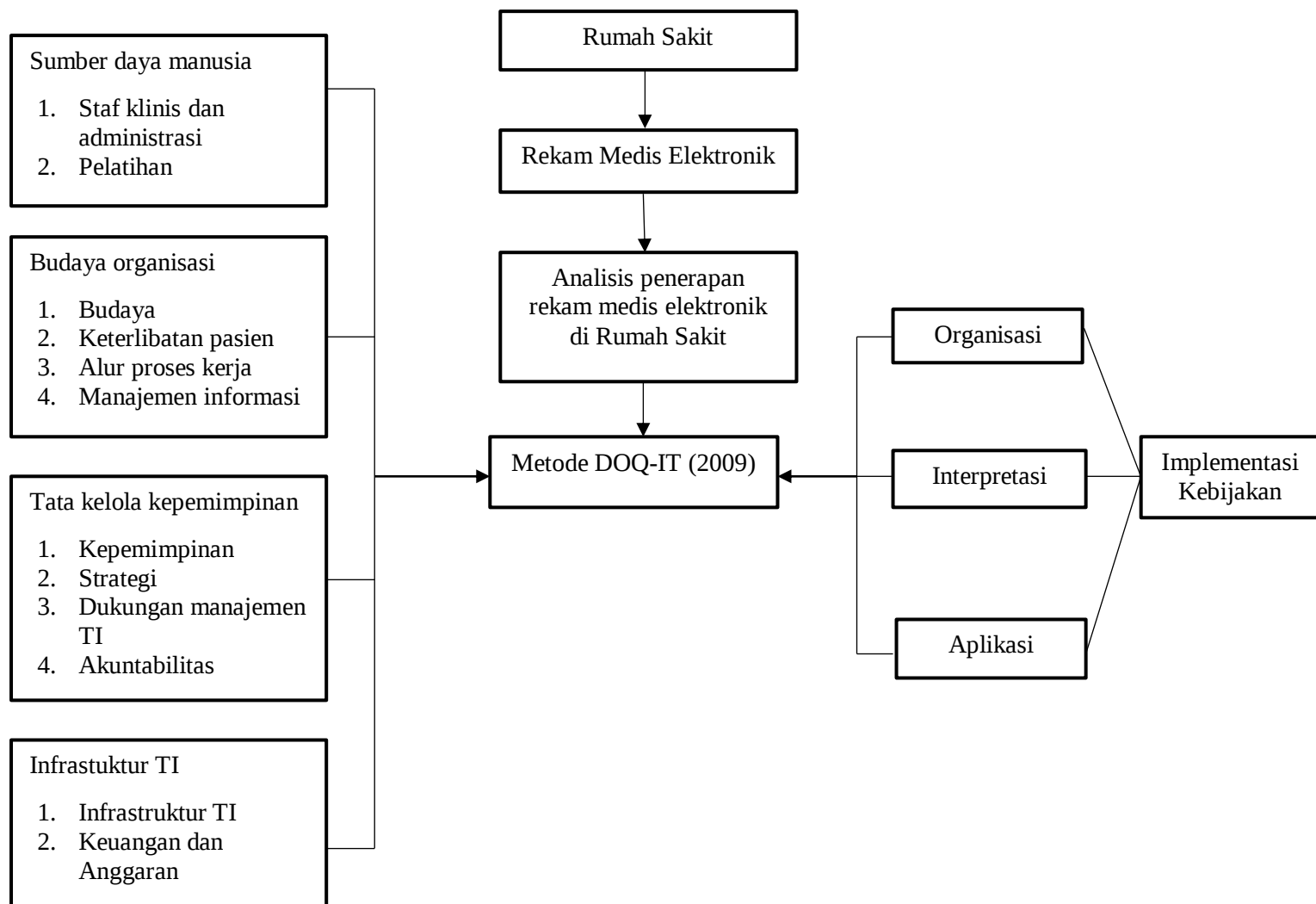
Beberapa yang bisa dirancang untuk keamanan diantaranya membentuk tim keamanan, memperhitungkan resiko, membuat kebijakan dan *standar operating procedur* (SOP), menerapkan kontrol, membuat pelatihan-pelatihan pendukung, dan monitoring proses (Sudirahayu dan Harjoko, 2016). Untuk itu diperlukan adanya kesiapan dari sisi infrastruktur IT maupun anggarannya.

b. Keuangan dan Anggaran

Aspek keuangan dan anggaran dapat dilihat dari cara pandang pihak manajemen dalam investasi sistem teknologi informasi.

Salah satu kendala dalam pengembangan rekam medis elektronik adalah kaitannya dengan anggaran untuk teknologi informasi di rumah sakit cenderung terbatas (Faida & Ali, 2021). Aspek finansial menjadi persoalan penting karena rumah sakit harus menyiapkan infrastruktur teknologi informasi (komputer, jaringan kabel maupun nir kabel, listrik, sistem pengamanan, konsultan, dan pelatihan) (Handiwidjojo, 2009). Oleh karena itu tujuan penelitian ini adalah menganalisis kesiapan implementasi rekam medis elektronik dengan metode pendekatan *Doctor's Office Quality-Information Technology* (DOQ-IT).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber: Model implementasi kebijakan Charles Jones, Undang-Undang No. 44

Tahun 2009, Permenkes No. 24 Tahun 2022, DOQ-IT (2009)