

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis. Rekam medis merupakan sistem pencatatan tindakan pelayanan medis dari mulai pasien datang ke fasilitas kesehatan , pengobatan sampai pasien pulang yang telah diberikan oleh tenaga medis kepada pasien (UU Nomor 4 Tahun 2018).

2. Fungsi Rumah Sakit

Menurut Peraturan menteri kesehatan RI nomor 26 tahun 2022 menyebutkan rumah sakit mempunyai tugas dan yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Fungsi rumah sakit yaitu sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

- b. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- c. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Tujuan Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020 menyebutkan bahwa pengaturan penyelenggaraan rumah sakit memiliki tujuan, diantaranya :

- a. Memudahkan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit itu sendiri.

B. Rekam Medis Elektronik

1. Pengertian Rekam Medis Elektronik

Rekam medis elektronik 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 diperuntukan bagi penyelenggaraan rekam medis (Permenkes, 2022).

Rekam medis elektronik (RME) adalah penggunaan perangkat teknologi informasi untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta peng-akses-an data yang tersimpan pada rekam medis pasien di rumah sakit dalam suatu sistem manajemen basis data yang menghimpun berbagai sumber data medis. RME juga dapat diartikan sebagai lingkungan aplikasi yang tersusun atas penyimpanan data klinis, sistem pendukung keputusan klinis, standarisasi istilah medis, entry data terkomputerisasi, serta dokumentasi medis dan farmasi (Faida, Eka Wilda, 2023).

2. Penyelenggaraan Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 Penyelenggaraan rekam medis elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh unit kerja tersendiri atau disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan rekam medis elektronik dilakukan sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk atau meninggal. Kegiatan penyelenggaraan rekam medis elektronik paling sedikit terdiri atas :

1) Registrasi Pasien

Registrasi pasien merupakan kegiatan pendaftaran berupa pengisian data identitas seperti nomor Rekam Medis, nama pasien dan nomor induk kependudukan (NIK) dan data sosial pasien rawat jalan rawat

inap dan rawat darurat seperti agama, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan. Registrasi pasien dilakukan oleh petugas pendaftaran atau petugas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

2) Pendistribusian data rekam medis elektronik

Pendistribusian data rekam medis elektronik merupakan kegiatan pengiriman data rekam medis elektronik dari satu unit pelayanan ke unit pelayanan lain di fasilitas pelayanan kesehatan.

3) Pengisian informasi klinis

Pengisian informasi klinis berupa kegiatan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah akan diberikan kepada pasien. Pengisian informasi klinik ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertugas memberikan pelayanan dengan menuliskan nama, waktu dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

4) Pengolahan informasi rekam medis elektronik

Pengolahan informasi rekam medis elektronik terdiri dari :

a. Pengkodean

Pengkodean merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru/ *International Statistical Classification of Dease and Related Health Problems* atau ICD-10 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Pelaporan

Pelaporan dilakukan diantaranya pelaporan kepada internal fasilitas pelayanan kesehatan dan pelaporan eksternal dari fasilitas pelayanan kesehatan kepada dinas kesehatan, kementerian kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait.

c. Penganalisaan

Penganalisaan rekam medis elektronik dilakukan dengan cara kualitatif dan kuantitatif.

5) 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 dengan rekam medis, dalam rangka pengajuan penagihan biaya pelayanan.

6) Penyimpanan rekam medis elektronik

Penyimpanan rekam medis elektronik merupakan kegiatan penyimpanan data rekam medis pada media penyimpanan berbasis digital pada Fasilitas pelayanan kesehatan. Penyimpanan rekam medis elektronik harus menjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan, dan ketersediaan data rekam medis elektronik. Media penyimpanan rekam medis elektronik ini dapat berupa server, sistem komputasi awan (cloud computing) atau media penyimpanan berbasis digital lain berdasarkan perkembangan teknologi dan informasi yang tersertifikasi. Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyimpan rekam medis elektronik harus

melakukan cadangan data (backup system) yang dilakukan dengan ketentuan diletakan pada tempat yang berbeda dari lokasi fasilitas pelayanan kesehatan, dilakukan secara periodik dan dituangkan dalam standar prosedur operasional masing masing fasilitas pelayanan kesehatan.

7) Penjaminan mutu rekam medis elektronik

Penjaminan mutu dilakukan secara internal oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Penjaminan mutu ini merupakan audit mutu rekam medis elektronik yang dilakukan secara berkala oleh tim review rekam medis yang dibentuk oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam penjaminan mutu rekam medis elektronik ini pemerintah juga dapat melakukan audit mutu sebagai bentuk pembinaan dan pengawasan.

8) Transfer isi rekam medis elektronik

Transfer isi rekam medis elektronik ini merupakan kegiatan pengiriman rekam medis dalam rangka rujukan pelayanan kesehatan perorangan ke fasilitas pelayanan kesehatan penerima rujukan, yang dilakukan melalui platform layanan interoperabilitas dan integrasi data kesehatan yang dikelola oleh kementrian kesehatan.

9) Isi Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, isi RME terdiri dari dokumentasi administratif dan dokumentasi klinis. Dokumentasi administratif berisi identitas pendaftaran pasien, sedangkan dokumentasi klinis berisikan seluruh dokumentasi

pelayanan kesehatan 25 yang diberikan kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes, 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 RME, 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 RME 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

- 3) 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 meliputi JKN, mandiri, atau asuransi lainnya.

c) Formulir Umum/Asesmen Awal Rawat Jalan

- 1) Anamnesis 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, tenggorokan, 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 dan 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, unit 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 peneliti resep, nomor telepon dokter peneliti resep, tanggal dan jam penelitian resep, tanda tangan dokter peneliti resep, staus resep dan pengkajian resep.

3. Manfaat Rekam Medis Elektronik

Menurut Eka Wilda Faida (2023) dari pertimbangan berbagai keuntungan termasuk faktor *cost and benefits* dari penerapan RME di rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan, maka ada 3 manfaat yang dapat diperoleh, diantaranya :

a. Manfaat Umum

Rekam medis elektronik akan meningkatkan profesionalisme dan kinerja manajemen rumah sakit. Para *stakeholder* seperti pasien akan menikmati kemudahan, kecepatan, dan kenyamanan pelayanan

kesehatan. Bagi para dokter, RME memungkinkan diberlakukannya standard praktek kedokteran yang baik dan benar. Sementara bagi pengelola rumah sakit, RME menolong menghasilkan dokumentasi yang *auditable* dan *accountable* sehingga mendukung koordinasi antar bagian dalam rumah sakit. Disamping itu RME membuat setiap unit akan bekerja sesuai fungsi, tanggung jawab dan wewenangnya.

b. Manfaat Operasional

Penerapan rekam medis elektronik akan memunculkan faktor operasional yang akan dirasakan diantaranya :

- 1) Faktor yang pertama adalah *kecepatan* penyelesaian pekerjaan administrasi. Ketika dengan sistem manual pengerjaan penelusuran berkas sampai dengan pengembaliannya ketempat yang seharusnya pastilah memakan waktu, terlebih jika pasiennya cukup banyak. Kecepatan ini berdampak membuat efektifitas kerja meningkat.
- 2) Faktor kedua adalah faktor akurasi khususnya akurasi data, apabila dulu dengan sistem manual orang harus mencek satu demi satu berkas, namun sekarang dengan RME data pasien akan lebih tepat dan benar karena campur tangan manusia lebih sedikit, hal lain yang dapat dicegah adalah terjadinya duplikasi data untuk pasien yang sama. Misalnya, pasien yang sama diregistrasi 2 kali pada waktu yang berbeda, maka sistem akan menolaknya, RME akan memberikan peringatan jika tindakan yang sama untuk pasien yang

sama dicatat 2 kali, hal ini menjaga agar data lebih akurat dan user lebih teliti.

- 3) Faktor ketiga adalah faktor efisiensi, karena kecepatan dan akurasi data meningkat, maka waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi berkurang jauh, sehingga karyawan dapat lebih fokus pada pekerjaan utamanya.
- 4) Faktor Keempat adalah kemudahan pelaporan. Pekerjaan pelaporan adalah pekerjaan yang menyita waktu namun sangat penting. Dengan adanya RME, proses pelaporan tentang kondisi kesehatan pasien dapat disajikan hanya memakan waktu dalam hitungan menit sehingga kita dapat lebih konsentrasi untuk menganalisa laporan tersebut.

c. Manfaat Organisasi

Implementasi Rekam Medis Elektronik ini mensyaratkan kedisiplinan dalam pemasukan data, baik ketepatan waktu maupun kebenaran data, maka budaya kerja yang sebelumnya menanggukhal-hal seperti itu, menjadi berubah. Seringkali data RME diperlukan juga oleh unit layanan yang lain. Misal resep obat yang ditulis di RME akan sangat dibutuhkan oleh bagian obat, sementara semua tindakan yang dilakukan yang ada di RME juga diperlukan oleh bagian keuangan untuk menghitung besarnya biaya pengobatan. Jadi RME menciptakan koordinasi antar unit semakin meningkat. Seringkali orang menyatakan bahwa dengan adanya komputerisasi biaya administrasi meningkat.

Padahal dalam jangka panjang yang terjadi adalah sebaliknya, jika dengan sistem manual kita harus membuat laporan lebih dulu di atas kertas, baru kemudian dianalisa, maka dengan RME analisa cukup dilakukan di layar komputer, dan jika sudah benar baru datanya dicetak. Hal ini menjadi penghematan biaya yang cukup signifikan dalam jangka panjang (Handiwidjojo, 2009 dalam Faida, 2023).

C. Teori Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan secara sederhana dapat diartikan sebagai proses menerjemahkan peraturan ke dalam bentuk tindakan. Dalam praktiknya implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang begitu kompleks bahkan tidak jarang bermuatan politis karena wujudnya intervensi berbagai kepentingan (Agustino, 2020).

Model implementasi kebijakan ketiga yang berperspektif top-down dikembangkan oleh George C. Edward III. Edward III menamakan model implementasi kebijakan publiknya dengan istilah Direct and Indirect on implementation. Dalam pendekatan yang diteoremdikan oleh Edward III, terdapat empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan, yaitu : (i) komunikasi; (ii) disposisi; dan (iv) struktur birokrasi.

Variabel pertama yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan, menurut Edward III, adalah komunikasi. Komunikasi, menurutnya, sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik. Implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Pengetahuan atas

apa yang akan mereka kerjakan dapat berjalan bila komunikasi berjalan dengan baik sehingga setiap keputusan kebijakan dan peraturan implementasi harus ditransmisikan (atau dikomunikasikan) kepada bagian personalia yang tepat. Selain itu, kebijakan yang dikomunikasikan pun harus tepat, akurat, dan konsisten. Komunikasi (atau pentransmisian informasi) diperlukan agar para pembuat keputusan di dan para implementor akan semakin konsisten dalam melaksanakan setiap kebijakan yang akan diterapkan dalam masyarakat.

Terdapat tiga indikator yang dapat dipakai (atau digunakan) dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi tersebut di atas, yaitu:

- a. Transmisi; penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali yang terjadi dalam penyaluran komunikasi adalah adanya salah pengertian (miskomunikasi) hal ini disebabkan karena komunikasi telah melalui beberapa tingkatan birokrasi sehingga apa yang di harapkan terdistorsi di tengah jalan.
- b. Kejelasan; komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan (street-level-bureuacrats) haruslah jelas dan tidak membingungkan (tidak ambigu). Ketidakjelasan pesan kebijakan tidak selalu menghalangi implementasi, pada tataran tertentu, namun para pelaksana membutuhkan kejelasan informasi dalam melaksanakan kebijakan agar tujuan yang hendak dicapai dapat diraih sesuai konten kebijakan. Kebijakan tidak selalu menghalangi implementasi, pada tataran tertentu, namun para pelaksana membutuhkan kejelasan informasi dalam melaksanakan kebijakan agar tujuan yang hendak dicapai dapat diraih sesuai konten kebijakan.

- c. Konsistensi; perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi haruslah konsisten (untuk diterapkan dan dijalankan). Ini karena jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan

Variabel kedua yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan adalah sumber daya. Sumber daya merupakan hal penting lainnya, menurut George C. Edward III, dalam mengimplementasikan kebijakan. Indikator sumber-sumber daya terdiri dari beberapa elemen, yaitu:

- a. Staf; sumber daya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf atau sumber daya manusia (SDM). Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya disebabkan oleh karena staf yang tidak mencukupi, memadai, ataupun tidak kompeten di bidangnya. Penambahan jumlah staf atau implementor saja tidak mencukupi, tetapi diperlukan pula kecukupan staf dengan keahlian serta kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabilitas) dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri.
- b. Informasi; dalam implementasi kebijakan, informasi diperlukan pula kecukupan staf dengan keahlian serta kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabilitas) dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri.
- c. Informasi; dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk yaitu: (i) informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan

kebijakan. Implementor harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan disaat mereka

- d. Wewenang; pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Ketika wewenang itu nihil, maka kekuatan para implementor di mata publik tidak terlegitimasi, sehingga dapat menggagalkan proses implementasi kebijakan. Tetapi, dalam konteks yang lain, ketika wewenang formal tersebut ada, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektivitas kewenangan. Di satu pihak, efektivitas kewenangan diperlukan dalam pelaksanaan implementasi kewenangan diperlukan dalam pelaksanaan implementasi kebijakan; tetapi di sisi lain, efektivitas akan menyurut manakala wewenang diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingan-annya sendiri atau demi kepentingan kelompoknya.
- e. Fasilitas; fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki pengetahuan yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukannya, dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetap tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

Variabel ketiga yang mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi kebijakan publik, bagi George C. Edwards III, adalah disposisi. Disposisi atau 'sikap dari pelaksana kebijakan' adalah faktor penting ketiga

dalam pendekatan mengenai pelaksanaan suatu kebijakan publik. Jika pelaksanaan suatu kebijakan ingin efektif, maka para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus memiliki kemampuan untuk melaksanaannya, sehingga dalam praktiknya tidak terjadi bias.

Hal - hal penting yang perlu dicermati pada variabel disposisi, menurut Edward III, adalah:

- a. Efek Disposisi; disposisi atau sikap para pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personil yang ada tidak melaksanakan kebijakan-kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat tinggi. Oleh karena itu, pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan; lebih khusus lagi pada kepentingan warga.
- b. Melakukan Pengaturan Birokrasi (*staffing the bureaucracy*); dalam konteks ini Edward III mensyaratkan bahwa implementasi kebijakan harus dilihat juga dalam hal pengaturan birokrasi. ini merujuk pada penunjukan dan pengangkatan staf dalam birokrasi yang sesuai dengan kemampuan, kapabilitas, dan komoetensinya. Selain itu, pengaturan birokrasi juga bermuara pada ‘pembentukan’ sistem pelayanan publik yang optimal, penilaian personil dalam bekerja, hingga metode bupassing personil.
- c. Insentif; Edward III menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan

memanipulasi insentif. Pada umumnya orang bertindak menurut kepentingan mereka sendiri, maka manipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi (*self interest*) atau organisasi.

Variabel keempat, menurut George C. Edward III, yang mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi kebijakan public adalah struktur birokrasi. Walaupun sumber-sumber daya untuk melaksanakan suatu kebijakan tersedia, atau para pelaksana kebijakan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan, dan mempunyai keinginan untuk melaksanakan suatu kebijakan, kemungkinan kebijakan tersebut tidak dapat terlaksana atau terealisasi karena terdapat kelemahan dalam struktur birokrasi. Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang, ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebabkan sumber-sumber daya menjadi tidak efektif dan tidak termotivasi sehingga menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik.

Dua karakteristik, menurut Edward III, yang dapat mendorong kinerja struktur birokrasi atau organisasi ke arah yang lebih baik adalah:

- a. Membuat *Standar Operating Prosedures* (SOPs) yang lebih fleksibel; SOPs adalah suatu prosedur atau aktivitas terencana rutin yang memungkinkan para pegawai (atau pelaksana kebijakan seperti aparatur, administratur, atau birokrat) untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya pada setiap harinya (*days-to-days politics*) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (atau standar minimum yang dibutuhkan warga).
- b. Melaksanakan fragmentasi, tujuannya untuk menyebar tanggung-jawab pelbagai aktivitas, kegiatan, atau program pada beberapa unit kerja yang sesuai dengan bidangnya masing-masing. Dengan terfragmentasinya struktur birokrasi, maka implementasi akan lebih efektif karena dilaksanakan oleh organisasi yang kompeten dan *capable*.

D. Teori Implementasi Rekam Medis Elektronik

Dikutip dari buku rekam medis elektronik dengan pendekatan UTAUT yang dikarang oleh Dr. Eka Wilda Faida S.KM M.Kes dalam proses implementasi RME dipengaruhi oleh dukungan teknologi, organisasi, dan environment (lingkungan) serta karakteristik personal dari pengguna RME.

1. Dukungan Teknologi

Dukungan teknologi merupakan bentuk bantuan atau fasilitas yang disediakan untuk memastikan bahwa teknologi atau sistem dapat berfungsi dengan baik dan efektif. Dukungan teknologi ini meliputi ketersediaan perangkat keras, perangkat lunak dan jaringan, atau seperti pelatihan pengguna, pemeliharaan dan layanan dukungan teknis yang mengatasi masalah atau kendala yang muncul dalam penggunaan teknologi. Dukungan

teknologi bertujuan untuk memastikan bahwa teknologi dapat digunakan secara optimal untuk mendukung aktivitas atau proses penggunaan sistem.

2. Organisasi

Faktor organisasi (*organization*) menilai sistem informasi kesehatan dari segi struktur atau hierarki organisasi dan lingkungan organisasi. Dukungan manajemen puncak dan dukungan petugas adalah bagian dari struktur organisasi dalam mengukur keberhasilan sistem. Lingkungan organisasi terdiri dari sumber pendanaan atau anggaran dan koordinasi dalam organisasi (Hakam, 2016). Beberapa elemen yang mempengaruhi keberhasilan faktor organisasi yaitu dukungan pimpinan, dukungan petugas, anggaran dan koordinasi.

3. Lingkungan

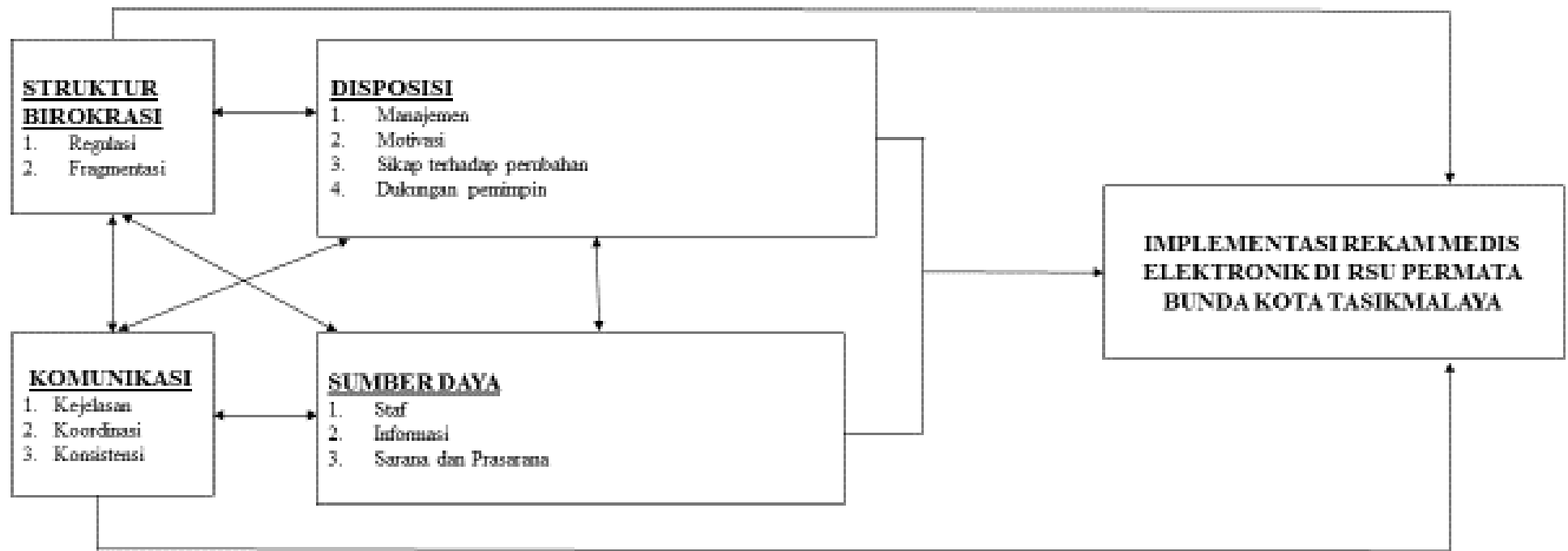
Lingkungan organisasi merupakan bagian dari elemen organisasi yang menggambarkan konteks eksternal dan internal di mana organisasi beroperasi. Konteks eksternal disini yaitu regulasi, infrastruktur, dukungan masyarakat sedangkan internal seperti budaya organisasi, SDM, kepemimpinan yang membentuk ekosistem keberhasilan. Permenkes No. 24/2022 dan jurnal lain menegaskan bahwa lingkungan yang mendukung, seperti regulasi yang jelas dan infrastruktur memadai, serta manajemen internal yang efektif sangat penting untuk keberhasilan RME.

4. Karakteristik Pengguna RME

Karakteristik pengguna adalah gambaran atau ciri-ciri dari pengguna suatu produk, layanan, sistem atau teknologi. Karakteristik ini

penting untuk memahami kebutuhan, prefensi dan perilaku pengguna sehingga produk atau sistem bisa dirancai sesuai harapan mereka. Karakteristik atau bisa disebut dengan sikap ataupun perilaku pengguna ini mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengadopsi, mengoperasikan dan memanfaatkan sistem RME secara efektif. Karakteristik ini meliputi kompetensi teknologi, sikap terhadap perubahan, motivasi, pengalaman sebelumnya, keterlibatan dalam pelatihan, dan kemampuan kolaborasi, yang secara langsung memengaruhi efisiensi, akurasi, dan keberlanjutan implementasi RME.

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Model Pendekatan *Direct And Indirect Impact On Implementation* Geord C.Edward III Tahun 1980, Teori Implementasi RME Dalam Buku “Rekam Medis Elektronik Melalui Pendekatan UTAUT Oleh Dr.Eka S.Km.M.Kes) Tahun 2023