

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sesuai dengan amanah Undang - Undang RI No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, program peningkatan mutu dan kualitas layanan di rumah sakit merupakan suatu kewajiban yang harus dijalankan. Agar mutu dan kualitas layanan dirumah sakit terbentuk dengan baik, maka perlu ditunjang dengan sistem pelayanan kesehatan, sistem teknologi informasi dan sistem komunikasi yang optimal. Terbentuknya sistem pelayanan kesehatan, sistem teknologi informasi dan sistem manajemen yang terintegrasi hanya bisa didasari dengan adanya penyelenggaraan rekam medis yang baik dan benar.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.24 tahun 2022 Tentang Rekam Medis, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan

dan pelayanan yang lain yang telah diberikan kepada pasien. Sedangkan rekam medis elektronik (RME) adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis.

Perkembangan teknologi informasi di era revolusi industri 4.0 yang membawa konsep integrasi, sistem cerdas, teknologi virtual dan otomatisasi, membuat dunia perumahsakitannya harus beradaptasi (Tjandrawinata, 2016). Salah satu bentuk adaptasinya adalah dengan meningkatkan teknologi penyelenggaraan rekam medis konvensional menjadi rekam medis elektronik (RME). Integrasi yang benar dan presisi antara sistem pelayanan kesehatan, sistem teknologi informasi dan sistem manajemen yang diwujudkan dalam bentuk RME akan membawa manfaat yang signifikan bagi rumah sakit (Ghufron, 2018). Perkembangan teknologi informasi juga semakin dipercepat dengan adanya pandemi COVID-19 yang mengharuskan setiap orang untuk menjaga jarak dan mengurangi kerumunan (Sipayung and Wibawa, 2020).

Manfaat utama dari penyelenggaraan RME adalah mampu membuat kinerja rumah sakit menjadi semakin baik. Hal ini dijelaskan oleh sebuah penelitian *systematic literatur review* yang menjabarkan manfaat RME pada negara berkembang seperti di Indonesia. Manfaat tersebut terbagi menjadi tiga aspek antara lain, manfaat ekonomi (penghematan, efektifitas, dan efisiensi biaya), manfaat klinis (meningkatkan mutu layanan, kepuasan, dan keselamatan pasien), dan manfaat akses informasi (meningkatkan akses, pengambilan keputusan, dan menunjang kerahasiaan pasien) (Tiorentap, 2020).

Menurut WHO dalam buku yang berjudul *Medical Records Manual: a Guide for Developing Countries*, tujuan dikembangkannya RME adalah untuk membuat layanan administrasi pasien menjadi otomatis, sehingga meningkatkan efisiensi dalam penggunaan data pasien yang digunakan untuk pelayanan pasien, statistik, penelitian dan proses pembelajaran. Dalam tataran yang lebih luas, pengembangan RME dapat dimaksimalkan menjadi *electronic health record*

(EHR) yang akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas manajemen pelayanan kesehatan pada semua level institusi kesehatan di suatu daerah atau negara (WHO, 2006).

Perkembangan RME di Indonesia saat ini mulai berjalan sesuai dengan arahan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). Arahan Kemenkes RI terkait RME tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 - 2024. Target Kemenkes RI terkait penerapan RME di Indonesia terletak pada Kegiatan Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan dengan sasaran kegiatan berupa persentase rumah sakit yang menerapkan RME terintegrasi sebanyak 100 % pada tahun 2024 (Kemenkes, 2020).

Penerapan RME dalam penyelenggaraan rekam medis diyakini mampu meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, meskipun demikian hal tersebut tidaklah mudah. Banyak faktor yang menyebabkan perkembangan RME menjadi terhambat, masalah utama

datang dari ketidakpuasan para dokter terhadap penerapan RME di rumah sakit (Shanafelt et al., 2015). Berdasarkan penelitian kualitatif yang dilakukan Arndt pada tahun 2017, mengungkapkan bahwa para dokter di US cenderung tidak puas dengan penerapan RME di rumah sakit. Faktor utama yang menyebabkan hal tersebut adalah waktu pengerjaan administrasi di depan komputer menjadi lebih banyak (44%) dari pada waktu untuk berkomunikasi kepada pasien (24%) (Arndt et al., 2017). Penelitian lain yang mendukung dipublikasikan oleh Melnick pada tahun 2020, yang mengungkapkan bahwa dokter di US yang mengalami *burnout* memberikan nilai F atau “*not acceptable*” berkaitan dengan penggunaan RME di rumah sakit (Melnick et al., 2020). Penumpukan beban administrasi di depan komputer yang terlalu banyak terbukti menyebabkan *burnout* bagi para dokter yang pada akhirnya mengakibatkan beberapa dari mereka berhenti bekerja (Shanafelt et al., 2015).

Pengembangan RME di rumah sakit seharusnya dilakukan dengan cara dan metode yang benar agar mencapai

tujuan yang diharapkan. Setelah melalui serangkaian proses pembuatan atau pengembangan RME yang cukup panjang, maka di akhir prosesnya perlu dilakukan evaluasi yang komprehensif. Evaluasi tersebut digunakan untuk menilai *acceptance* atau penerimaan dari para pengguna. Evaluasi penerimaan yang utama sebaiknya ditujukan kepada para dokter spesialis, karena dokter spesialis merupakan pemegang tanggung jawab pelayanan kepada pasien. Penerimaan RME oleh para dokter spesialis di rumah sakit merupakan kondisi vital dalam upaya mewujudkan manfaat yang diharapkan. Banyak proyek penerapan RME yang kurang optimal di rumah sakit oleh karena kurangnya dukungan dari para dokter spesialis (Nov and Schechter, 2012).

Salah satu model teori *acceptance* atau penerimaan terhadap penerapan teknologi informasi yang paling banyak digunakan saat ini adalah teori *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT). Model teori UTAUT disusun berdasarkan delapan model teori terkenal sebelumnya antara lain, *theory of reasoned action* (TRA) (Fishbein et al.,

1975), *theory acceptance model* (TAM) (Davis, 1989), *theory of planned behavior* (TPB) (Ajzen, 1991), *combined TAM and TPB* (C-TAM-TPB) (Taylor and Todd, 1995), *motivation model* (MM) (Vallerand, 1997), *social cognitive theory* (SCT) (Compeau and Higgins, 1995), *innovation diffusion theory* (IDT) (Moore and Benbasat, 1996) dan *model of personal computert utilization* (MPCU) (Thompson et al., 1991).

Teori UTAUT mempunyai empat dimensi antara lain, ekspektasi kinerja (*performance expectancy*), ekspektasi usaha (*effort expectancy*), pengaruh sosial (*social influence*) dan kondisi fasilitas (*facilitating condition*). Empat dimensi tersebut menjadi faktor yang berpengaruh langsung terhadap penerimaan (*acceptance*) pengguna teknologi informasi. Jenis kelamin, pengalaman, umur, dan kesukarelaan merupakan *moderating effect* pada model UTAUT. (Venkatesh et al., 2003).

RSUD dr. H. Soewondo Kendal merupakan rumah sakit kelas B non Pendidikan yang beralamat di Laut No.21, Ngilir, Kec. Kendal, Kabupaten Kendal, Provinsi Jawa Tengah. Pada

unit pelayanan rawat jalannya, RSUD dr. H. Soewondo Kendal memiliki 15 jenis spesialisasi medis, dengan total 32 dokter spesialis dan sub-spesialis. Untuk menunjang unit layanan rawat jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal juga dilengkapi unit layanan penunjang medis diantaranya instalasi laboratorium, instalasi farmasi, instalasi radiologi, unit rehab medik, dan instalasi hemodialisa. Selain unit layanan penunjang medis juga terdapat layanan penunjang non-medis seperti unit TPPRI dan unit pelayanan asuransi. Capaian kunjungan pasien unit rawat jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal berturut-turut pada tahun 2019 sebanyak 131.057 pasien, tahun 2020 sebanyak 95.546 dan pada tahun 2021 sebanyak 75.137 pasien dalam satu tahun.

Terjadinya tren penurunan kunjungan pasien rawat jalan telah menjadi perhatian jajaran manajemen RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Evaluasi layanan rawat jalan terus dilakukan untuk mencari akar masalah dan solusinya. Masalah yang telah teridentifikasi salah satunya terkait dengan waktu tunggu layanan masih cukup lama. Lamanya waktu tunggu

sebenarnya telah menjadi fokus masalah manajemen RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Capaian indikator mutu wajib waktu tunggu rawat jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal pada tahun 2021 nampaknya belum sesuai dengan harapan manajemen. Hasil cakupan mutu waktu tunggu rawat jalan berturut-turut pada triwulan I-IV tahun 2021 adalah 90,33 menit, 80 menit, dan 90 menit dan 88 menit, sedangkan standar yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan adalah 60 menit. Waktu tunggu pelayanan rawat jalan yang cukup lama terkadang membuat pasien dan keluarganya menjadi kurang nyaman. Di RSUD dr. H. Soewondo Kendal pasien atau keluarga pasien dapat menyampaikan kritik dan saran melalui media *offline* (kotak saran), maupun media *online* (ulasan *Google*). Hasil pengamatan sederhana melalui ulasan *google* menyimpulkan bahwa 3 dari 8 testimoni pasien terkait pelayanan rawat jalan mengangkat tema waktu tunggu yang lama, sedangkan sisanya terkait pelayanan yang kurang optimal, usulan terkait dengan fasilitas umum dan apresiasi pelayanan.

Masalah lamanya waktu tunggu rawat jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal yang muncul dari hasil evaluasi, kemudian dicari akar penyebab masalahnya. Salah satu akar penyebab masalah lama waktu tunggu rawat jalan adalah penggunaan RME yang kurang optimal. RME rawat jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal digunakan oleh petugas sesuai dengan alur pelayanan yang telah ditentukan. Dokter spesialis sebagai dokter penanggungjawab pelayanan menjadi elemen kunci keberhasilan penyelenggaraan RME. Data RME yang *diinpute* oleh dokter spesialis akan digunakan sebagai pemicu layanan berikutnya seperti laboratorium, radiologi, farmasi dan sampai kepada administrasi. Disisi lain dengan adanya RME akan mendukung kelengkapan dan keterbacaan rekam medis oleh dokter spesialis yang sebelumnya menjadi catatan saat menggunakan rekam medis konvensional.

Dalam diskusi untuk memperkuat latarbelakang penelitian, direktur RSUD dr. H. Soewondo Kendal mengemukakan, bahwa terdapat beberapa masalah pada penerapan RME di poli rawat jalan, masalah yang menjadi

sorotan adalah para dokter spesialis terkadang belum optimal dalam menggunakan RME, hasil data RME yang belum *realtime*, fitur RME yang belum lengkap dan RME yang belum terintegrasi sepenuhnya dengan unit lain. Di sisi lain wawancara dengan beberapa dokter spesialis mengungkapkan bahwa mereka sudah ketinggalan jaman sehingga kesulitan untuk beradaptasi dengan teknologi. Ketidakpuasan dokter spesialis terhadap RME seringkali disebabkan karena para dokter spesialis menganggap penggunaan RME akan membuat mereka kesusahan dalam menginput data pasien yang cukup banyak. Akibatnya tuntutan perbaikan RME dari para dokter spesialis semakin meningkat, dengan harapan penggunaan RME di poli rawat jalan menjadi semakin mudah.

Evaluasi yang berkelanjutan kepada dokter spesialis dalam penggunaan RME di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal perlu dilakukan. Evaluasi ini menjadi salah satu rencana tindak lanjut yang dapat diprioritaskan dalam program optimalisasi RME yang telah diterapkan semenjak 3 tahun yang lalu.

Setelah menelaah uraian di atas, mendorong penulis untuk mengajukan penelitian tentang Evaluasi Penerimaan Dokter Spesialis Terhadap Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah tentang bagaimana penerimaan dokter spesialis terhadap penerapan rekam medis elektronik dengan pendekatan *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal, apa sajakah faktor penghambat dan pendukung dalam penerapan rekam medis elektronik di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal, serta bagaimana alternatif solusi dari hambatan-hambatan dalam penerapan rekam medis elektronik di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengevaluasi penerimaan dokter spesialis terhadap penerapan rekam medis elektronik dengan pendekatan *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengeskplorasi penerapan dan pengembangan RME di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal
- b. Mengidentifikasi hambatan dalam penerapan RME di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal
- c. Mengidentifikasi dukungan dalam penerapan RME di poli rawat jalan RSUD dr. H. Soewondo.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

- a. Menambah pengetahuan dan wawasan mengenai cara mengevaluasi penerapan RME di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

- b. Memberikan informasi empiris mengenai evaluasi penerapan RME di Poli Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal.
- c. Sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya yang membahas evaluasi penerapan RME.

## **2. Manfaat Praktis**

- a. Rumah Sakit
  - i. Sebagai bahan masukan bagi RSUD dr. H. Soewondo dalam mengevaluasi penerapan rekam medis elektronik di poli rawat jalan.
  - ii. Hasil penelitian ini dapat menjadi alternatif pemecahan masalah dalam proses penerapan rekam medis elektronik di poli rawat jalan RSUD dr. H. Soewondo
- b. Universitas

Sebagai bahan literatur tambahan dalam proses pembelajaran tentang evaluasi penerimaan dokter spesialis terhadap penerapan rekam medis elektronik

c. Peneliti

- i. Mendapat pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian ilmiah
- ii. Menambah wawasan pengetahuan khususnya dalam bidang rekam medis elektronik