

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Implementation Research

Pendekatan 8 variabel dari *Implementation Research (IR)* adalah kerangka yang digunakan untuk menilai efektivitas implementasi program, kebijakan, atau intervensi dalam berbagai konteks. Variabel ini bertujuan untuk memahami bagaimana intervensi dilakukan, tantangan yang dihadapi, dan sejauh mana hasil yang diharapkan dapat tercapai.

1. Konsep dan Teori

Implementation Research adalah bidang penelitian yang fokus pada penerapan intervensi berbasis bukti (*evidence-based interventions*) dalam praktik dunia nyata. Teori yang mendasari pendekatan ini adalah:

- a. *Diffusion of Innovation Theory* (Rogers, 2003): Bagaimana inovasi, termasuk intervensi atau kebijakan, diterima, diadopsi, dan disebarluaskan dalam suatu sistem sosial.
- b. *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*: Menekankan faktor kontekstual yang memengaruhi keberhasilan implementasi, termasuk individu, organisasi, dan sistem.
- c. *RE-AIM Framework*: Mengukur berbagai dimensi implementasi, termasuk adopsi, pelaksanaan (*implementation*), dan keberlanjutan (*maintenance*).

2. Penjelasan 8 Variabel dalam *Implementation Research* (Proctor et al, 2011)

a. *Acceptability* (Penerimaan)

Definisi: Sejauh mana target pengguna (klien, staf, atau pemangku kepentingan) menganggap intervensi yang diimplementasikan dapat diterima atau memuaskan.

Manfaat:

- 1) Memastikan intervensi sesuai dengan nilai, budaya, dan kebutuhan masyarakat.
- 2) Mengidentifikasi resistensi awal atau ketidakpuasan.

Cara Mengukur:

- 1) *Survey Likert scale*: Tingkat kepuasan atau kenyamanan dengan program (1-4).
- 2) Wawancara kualitatif: Persepsi terhadap program.

b. *Adoption* (Adopsi)

Definisi: Sejauh mana intervensi diterapkan atau digunakan oleh organisasi, kelompok, atau individu.

Manfaat:

- 1) Mengukur tingkat penerimaan awal dari kelompok target.
- 2) Mengidentifikasi hambatan dalam mengadopsi intervensi.

Cara Mengukur:

- 1) Persentase unit atau individu yang mulai menggunakan intervensi.
- 2) Analisis *uptake* (jumlah pengguna awal dalam periode tertentu).

c. *Appropriateness* (Kesesuaian)

Definisi: Sejauh mana intervensi dianggap relevan untuk masalah, kebutuhan, atau prioritas di konteks tertentu.

Manfaat:

- 1) Memastikan intervensi sesuai dengan kebutuhan target populasi.
- 2) Mengurangi risiko penerapan program yang tidak relevan.

Cara Mengukur:

- 1) Wawancara atau kuesioner: Tingkat relevansi intervensi terhadap kebutuhan.
- 2) Analisis konteks: Apakah program sesuai dengan kebijakan dan pedoman lokal.

d. *Feasibility* (Kelayakan)

Definisi: Kemampuan untuk melaksanakan intervensi dalam konteks tertentu, termasuk ketersediaan sumber daya, staf, dan infrastruktur.

Manfaat:

- 1) Menilai apakah program realistis untuk diimplementasikan.
- 2) Mengidentifikasi kendala operasional.

Cara Mengukur:

- 1) Penilaian sumber daya yang tersedia (finansial, teknis, manusia).
- 2) Analisis SWOT untuk mengevaluasi kelayakan implementasi.

e. *Fidelity* (Kesesuaian Implementasi)

Definisi: Tingkat di mana intervensi diterapkan sesuai dengan desain aslinya.

Manfaat:

- 1) Memastikan kualitas dan integritas program tetap terjaga selama implementasi.
- 2) Mengidentifikasi variasi dalam pelaksanaan.

Cara Mengukur:

- 1) Checklist kepatuhan terhadap SOP.
- 2) Audit dokumen atau observasi lapangan.

f. *Implementation Cost* (Biaya Implementasi)

Definisi: Total pembiayaan yang menyangkut perihal implementasi intervensi, salah satunya berupa biaya langsung (operasional) serta tidak langsung (pelatihan, manajemen).

Manfaat:

- 1) Mengukur efisiensi implementasi.
- 2) Memberikan informasi untuk analisis biaya-manfaat.

Cara Mengukur:

- 1) Analisis biaya (*cost analysis*): Biaya langsung vs. manfaat yang diperoleh.
- 2) Rasio *Cost-Effectiveness*: Perbandingan biaya implementasi dengan hasil yang dicapai.

g. *Coverage* (Jangkauan)

Definisi: Proporsi populasi target yang menerima manfaat dari intervensi.

Manfaat:

- 1) Mengukur sejauh mana program mencakup kelompok sasaran.
- 2) Menilai kesetaraan dalam distribusi program.

Cara Mengukur:

- 1) Persentase cakupan layanan terhadap target populasi.

2) Analisis distribusi geografis atau kelompok rentan yang dijangkau.

h. *Sustainability* (Keberlanjutan)

Definisi: Kemampuan intervensi untuk terus berjalan setelah fase awal implementasi berakhir.

Manfaat:

- 1) Menjamin dampak jangka panjang program.
- 2) Mengidentifikasi strategi untuk pengelolaan keberlanjutan.

Cara Mengukur:

- 1) Evaluasi pendanaan berkelanjutan.
- 2) Indikator keberlanjutan operasional: Staf, sumber daya, dan penerimaan komunitas.

2.2. Implementasi

Kata implementasi dalam KBBI diartikan dengan penerapan, pelaksanaan. Implementasi juga didefinisikan sebagai sebuah aktivitas kebijakan yang dijalankan dalam rangka mewujudkan tujuan sesuai yang tertuang dalam tujuan tersebut berdasar pada peraturan yang dibentuk oleh pemerintah ataupun instansi lain.

Sementara Sugiana, (2012) mengartikan implementasi adalah serangkaian perumusan dari hasil dibuatnya sebuah kebijakan yakni dimulai dari proses pengidentifikasian, pengimplementasian, dan pengevaluasian. Bilamana sudah ditetapkannya sebuah program, sehingga proses perumusan kebijakan berikutnya yaitu tahap implementasi. Kemudian Suharto (2018) memaparkan bahwa pengembangan tahap proses pembuatan kebijakan sosial terbagi ke dalam empat tahapan, yakni: merencanakan kebijakan, mengembangkan, mengimplementasikan program, serta mengevaluasi.

Secara rincinya penjelasan terkait implementasi juga diutarakan oleh Agustino (2018), yakni dilaksanakannya sebuah keputusan dasar (tertuang berupa bentuk UU atau keputusan badan peradilan atau keputusan/perintah eksekutif). Keputusan ini mengidentifikasi permasalahan yang hendak ditangani, menyebutkan berbagai cara untuk menstrukturkan/mengatur proses penerapan, serta mencapai tujuan/sasara secara tegas.

Hal sama juga disampaikan oleh Winarno (2017) implementasi diartikan ke dalam beberapa kata kunci sebagai: untuk pemenuhan janji-janji seperti halnya diungkapkan pada dokumen kebijakan (to fulfill), guna menjalankan kebijakan (to carry out), untuk menyelesaikan misi yang haruslah diwujudkan dalam tujuan kebijakan (to complete), guna dihasilkannya output seperti halnya diutarakan pada tujuan kebijakan (to produce).

Dalam pemaparan Agus dan Ratih (2019) intinya implementasi yakni kegiatan pendistribusian keluaran kebijakan (to delivery output) yang dijalankan oleh para implementer terhadap kelompok sasarannya (target group) dalam rangka mencapai sasaran kebijakannya tersebut. Diharapkan tujuan kebijakan dapat terbentuk pada saat kelompok sasaran dapat menerima dan memanfaatkan dengan baik policy output tersebut sehingga hasil kebijakan akan dapat tercapai selama jangka panjang). Proses implementasi dimulai dengan disahkannya suatu kebijakan.

2.3. Rumah Sakit

1. Pengertian

Berlandaskan UU RI Nomor 44 Tahun 2009 Terkait Rumah Sakit, yang bunyinya Rumah Sakit merupakan lembaga layanan kesehatan yang menyediakan rawat jalan, rawat inap, serta gawat darurat kepada masyarakat dengan penyelenggaraan layanan kesehatan perorangan secara paripurna. Sementara merujuk pada WHO (*World Health Organization*), Rumah sakit ialah lembaga integral dari sebuah organisasi sosial kesehatan yang fungsinya untuk menyembuhkan penyakit (kuratif), memberikan tempat pelayanan paripurna (komprehensif), serta mencegah penyakit (preventif) terhadap masyarakat.

Menurut KBBI, rumah sakit merupakan gedung tempat disediakan dan diberikannya pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang mencakup segala persoalan tentang kesehatan. Dengan demikian rumah sakit adalah tempat diselenggarakannya upaya kesehatan dengan semua tindakan kegiatan yang dilakukan untuk mengendalikan dan meningkatkan kesehatan dengan tujuan mengoptimalkan derajat kesehatan bagi masyarakat.

2. Fungsi Rumah Sakit

Berlandaskan UU Nomor 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit pada Pasal 4 mengungkapkan, tugas Rumah Sakit ialah menyediakan dan memberi layanan kesehatan perorangan secara paripurna. Sementara Fungsi rumah Sakit dalam Pasal 5 menyebutkan:

- a. Menyelenggarakan pengembangan dan penelitian sekaligus penyebaran secara merata teknologi bidang kesehatan sebagai upaya meningkatkan layanan kesehatan dengan diperhatikannya etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan
- b. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan SDM dalam upaya mempertinggi kompetensi dalam memberi layanan kesehatan
- c. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan lewat layanan kesehatan secara paripurna tingkat kedua dan ketiga tepat yang dibutuhkan medis
- d. Menyelenggarakan layanan pengobatan serta memulihkan kesehatan berdasarkan standar pelayanan RS.

3. Kewajiban dan Hak Rumah Sakit

Wajib bagi Rumah Sakit untuk membagikan informasi kepada pasien terkait catatan kesehatannya di tempat layanan kesehatan. Berdasarkan UU Nomor 36 Tahun 2009 terkait Kesehatan pada Pasal 8 mengutarakan bahwa masing-masing individu memiliki hak guna menerima informasi terkait data kesehatan dirinya misalnya tindakan pengobatan apa yang akan dijalankannya dari tenaga kesehatan. Berikut hak dan kewajiban Rumah Sakit sebagaimana yang dikemukakan pada UU Nomor 44 Tahun 2009 terkait Rumah Sakit dalam Pasal 29 dan Pasal 30, yakni berikut ini:

- a. Kewajiban Rumah Sakit yaitu:
 - 1) Mengatur pemberlakuan kepada setiap lingkungan Rumah Sakit dilarang merokok
 - 2) Memberi bantuan dan perlindungan hukum bagi semua petugas RS dalam melaksanakan mandatnya.
 - 3) Melakukan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan internal RS
 - 4) Melakukan penyusunan daftar tenaga medis yang melakukan praktik dokter atau dokter gigi ataupun tenaga medis lain

- 5) Menjalankan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara nasional ataupun regional
 - 6) Mempunyai sistem pencegah kecelakaan dan menanggulangi bencana
 - 7) Menjalankan etika Rumah Sakit
 - 8) Melindungi dan menghormati hak pasien
 - 9) Memberi informasi secara jujur, jelas, juga benar terkait hak sekaligus kewajiban pasien
 - 10) Tidak menerima keinginan pasien bilamana tidak sesuai prosedur rumah sakit
 - 11) Menjalankan sistem rujukan
 - 12) Menyediakan kelayakan sarana prasarana umum diantaranya seperti sarana parkir, ibadah, ruang tunggu, untuk lanjut usia, anak-anak, wanita menyusui, serta sarana untuk orang cacat
 - 13) Penyelenggaraan rekam medis
 - 14) Membentuk, menjalankan, serta melindungi standar kualitas layanan kesehatan di RS selaku acuan dalam pelayanan kepada pasien
 - 15) Menjalankan fungsi sosial diantaranya pemberian fasilitas layanan pasien yang miskin/tidak mampu, layanan gawat darurat tanpa uang muka, pelayanan bakti sosial bagi misi kemanusiaan, kejadian luar biasa ataupun korban bencana.
 - 16) Memprasarani pelayanan bagi masyarakat yang tidak berkemampuan / miskin
 - 17) Berperan aktif untuk melayani kesehatan terhadap bencana, sesuai semampunya pelayanan
 - 18) Memberi layanan gawat darurat terhadap pasien sesuai semampunya pelayanan yang diberikan
 - 19) Memberi layanan kesehatan yang efektif, aman, berkualitas, serta antidiskriminasi dengan memprioritaskan kepentingan pasien sesuai yang distandarkan pelayanan RS.
 - 20) Memberi informasi secara benar terkait pelayanan RS kepada masyarakat.
- b. Hak Rumah Sakit yakni:
- 1) Memperoleh insentif pajak bagi Rumah Sakit

- 2) Mempromosikan pelayanan kesehatan yang tersedia di Rumah Sakit sesuai aturan undang-undang
- 3) Memperoleh perlindungan hukum saat menjalankan pelayanan kesehatan
- 4) Menggugat pihak yang merugikan baginya
- 5) Menerima bantuan dari pihak lainnya sesuai aturan undang-undang
- 6) Menjalankan kerja sama dengan pihak lainnya sebagai upaya pengembangan pelayanan
- 7) Menerima imbalan jasa pelayanan dan menetapkan penghargaan, remunerasi, dan insentif sesuai aturan undang-undang
- 8) Menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi SDM dengan klasifikasi Rumah Sakit.

2.4. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisikan informasi tentang identitasnya pasien beserta pencatatan kesehatan yang telah diterimanya dari tempat layanan kesehatan. Berlandaskan Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 terkait Rekam Medis mengemukakan bahwa Rekam Medis yaitu berkas yang memuat informasi mengenai pencatatan beserta dokumen perihal identitas pasien, pengobatan, tindakan, pemeriksaan, dan layanan lainnya yang sudah diterima dari tempat pelayanan kesehatan. Secara khusus, bentuk fisik dokumen rekam medis dari hak milik tempat layanan kesehatan, namun informasinya harus segera diberitahukan kepada pasien.

Berlandaskan Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 Pasal 1 ayat 1 mengungkapkan bahwa Rekam Medis yaitu dokumen yang berisikan data identitas pasien, tindakan, pengobatan, pemeriksaan dan layanan lainnya yang sudah diterima pasien. Selain itu, merujuk pendapat Rustiyanto (dalam Iman, 2018) rekam medis juga bisa didefinisikan sebagai sebuah keterangan baik secara tertulis ataupun yang terekam tentang identitasnya pasien, diagnose berbagai pelayanan yang ada, anamnese penentuan fisik laboratorium, tindakan yang akan diterima oleh pasien, serta pengobatan baik yang memperoleh layanan gawat darurat, rawat inap, ataupun rawat jalan.

Dengan demikian, definisi secara arti sempit rekam medis merupakan pencatatan atau dokumen yang berisi mengenai keadaan kondisinya pasien. Sedangkan dalam artian luasnya rekam medis tidak hanya dilihat sebuah aktivitas pencatatan saja, namun pula sebagai upaya penyelenggaraan suatu unit/perangkat sistem rekam medis.

2. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Tujuan Rekam Medis yaitu sebagai upaya pemberian informasi terkait data diri beserta pencatatan kesehatan yang akan diterima oleh pasien di tempat layanan kesehatan. Sesuai Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 terkait Rekam Medis, dalam Pasal Ayat 1 memaparkan pemanfaatan rekam media adalah diantaranya sebagai data statistik kesehatan, menjadi dasar pembayaran biaya layanan kesehatan, kebutuhan pelatihan dan penelitian, menegakkan etika dan etika dokter gigi, kedisiplinan kedokteran dan kedokteran gigi, alat bukti pada proses penegakkan hukum, serta sebagai upaya pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien.

Adapun tujuan pengaturan Rekam Medis merujuk pada Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 Pasal 2 yaitu:

- a. Mencapai penyelenggaraan dan tata Kelola rekam medis yang terintegrasi sekaligus berbasis digital
- b. Menjamin ketersediaan, keutuhan, kerahasiaan, dan keamanan data rekam medis
- c. Menjamin kepastian hukum sebagai upaya pelaksanaan dan pengelolaan rekam medis
- d. Sebagai upaya peningkatan mutu layanan kesehatan.

Sementara dalam pendapat Cinthia Mutiara Hapsari, (2014) Kegunaan Rekam Medis diantaranya:

a. Aspek Administrasi

Nilai administrasi dalam berkas rekam medis sangatlah penting karena sehubungan dengan tindakan layanan dengan berdasar pada tanggung jawab dan kewenangan tenaga medis sebagai upaya pencapaiannya untuk tujuan layanan kesehatan. Masa era revolusi 4.0 sangat membawa perkembangan pada sistem informasi di bidang dunia kesehatan yakni dampaknya pada teknologi informasi Rumah Sakit terkait Rekam Medis. Dampak positif bagi tenaga kesehatan adalah

kemudahan dalam mengakses berkas rekam medis dan pasien bisa melihat setiap proses pengobatan dan tindakan pelayanan yang dijalankannya. Secara terkomputerisasi dalam pengolahan data medisnya dapat mempermudah seluruh tenaga administrasi melihat rincian biaya yang akan pasien keluarkan selama berjalannya proses pelayanan di Rumah Sakit.

b. Aspek Medis

Nilai medis untuk berkas rekam medis sangat penting sebab menjadi dasar dalam proses perencanaan tindakan atau pengobatan pelayanan terhadap pasien, sekaligus dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan dengan manajemen risiko klinis, keamanan, kendali biaya, ataupun kegiatan mengaudit medis.

c. Aspek Hukum

Berkas rekam medis menyangkut masalah jaminan kepastian hukum berdasarkan asas keadilan, sebagai upaya penegakkan hukum serta sebagai tanda bukti telah ditegakkannya keadilan sekaligus upaya melindungi pasien, pemilik institusi pelayanan kesehatan, serta tenaga kesehatan yang berwenang.

d. Aspek Keuangan

Nilai uang yang tertuang pada berkas rekam medis yakni berisikan mengenai data atau informasi kesehatan pasien serta bisa dimanfaatkan untuk aspek keuangan. Berkas rekam medis memuat tindakan-tindakan, perawatan dan pengobatan yang sudah diterima oleh pasien guna memperkirakan biaya dan pendapatan perawatan pasien di Rumah Sakit.

e. Aspek Penelitian

Nilai penelitian yang tertuang pada berkas rekam medis ialah sehubungan dengan data dan informasi kesehatan yang dipergunakan sebagai pendukung penelitian sekaligus untuk mengembangkan ilmi pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Nilai pendidikan yang tertuang dalam berkas rekam medis ialah informasi terkait perkembangan kronologis sekaligus layanan medis apa saja yang akan diterima oleh pasien serta dapat berguna sebagai bahan dasar referensi pembelajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan di layanan kesehatan.

g. Aspek Dokumentasi

Nilai dokumentasi yang tertuang pada berkas rekam medis ialah sehubungan dengan informasi pasien yang wajib terdokumentasikan untuk dipergunakan sebagai laporan rumah sakit dan bahan pertanggungjawaban di kemudian hari bilamana terjadi persengketaan.

3. Tata Cara Penyelenggaraan

Berlandaskam PMK Nomor 269 Tahun 2008 terkait Rekam Medis, dalam Pasal 5 memaparkan tentang Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis yakni:

- a. Masing-masing kedokteran ataupun kedokteran gigi diwajibkan selama masih praktik kedokteran untuk pembuatan rekam medis
- b. Sesudah pasien mendapatkan pelayanan, maka harus segera dibuatkan rekam medisnya
- c. Untuk melaksanakan pembuatan rekam medis harus dengan tahapan-tahapan yakni dimulai dari proses pencatatan dan pendokumentasian hasil periksa, tindakan, pengobatan, ataupun pelayanan lain yang akan dibagikan ke pasien
- d. Rekam medis haruslah tercantumkan nama, waktu, dan tanda tangan yang berwenang termasuk dokter, dokter gigi, ataupun tenaga medis tertentu
- e. Bilamana di dalam catatan rekam medis terjadi kesalahan maka bisa dibetulkan
- f. Namun dalam pembetulannya hanya bisa dicoret tanpa menghapus catatan yang salah lalu dilakukan penandatanganan atau paraf dari dokter, dokter gigi ataupun tenaga medis tertentu yang berwenang.

2.5. Rekam Medis Elektronik (RME)

1. Pengertian Rekam Medis Elektronik

Rekam Medis Elektronik adakah sistem informasi kesehatan secara terkomputerisasi yang berisikan informasi terkait rekaman kesehatan pasien. Sebagaimana yang dikemukakan Handiwidjojo, (2009) RME yakni diterapkannya seperangkat teknologi informasi pada sebuah sistem manajemen basis data untuk proses mengumpulkan, mengolah, dan mengakses informasi yang dituangkan pada rekam medis pasien di tempat pelayanan kesehatan. RME juga didefinisikan sebagai sekumpulan aplikasi yang termuat dalam dokumentasi medis dan farmasi,

entry data terkomputerisasi, standarisasi istilah medis, sistem pendukung keputusan klinis, serta penyimpanan data klinis.

Secara hukum, RME adalah rekaman legal dari layanan kesehatan yang akan diterima pasien dan pihak RS berhak untuk menyimpan dokumen rekam medis pasien. Manfaat RME bagi tenaga kesehatan adalah untuk tahap pendokumentasian, pemantauan, dan pengelolaan layanan kesehatan yang akan dibagikan ke pasien di lembaga pelayanan kesehatan.

Berlandaskan Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 Pasal 1 ayat 1 mengungkapkan bahwa RME yakni rekam medis disusun dalam suatu sistem elektronik yang ditujukan bagi penyelenggara Rekam medis. Menurut Heinzer (dalam Pratami, Danarahmanto, & Salsabila, 2020) Rekam Medis Elektronik yakni pencatatan medis pasien berbentuk elektronik yang menyangkut informasi terkait kesehatan seseorang secara terpadu. Selain itu, Rekam Medis Elektronik (RME) dapat juga diartikan sebagai versi elektronik dari rekam medis kertas/manual yang menggantikan formulir yang menggunakan kertas menjadi berbentuk elektronik.

Dengan demikian, RME yakni pencatatan rekam medis pasien sepanjang hidup dengan berbasis elektronik menyangkut informasi kesehatan individu yang dibuat oleh satu ataupun lebih petugas medis secara terpadu selama tiap kali bertemu bilamana pasien pemeriksaan kembali.

2. Manfaat Rekam Medis Elektronik

Banyak kebermanfaatannya yang diuntungkan pada penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik bagi rumah sakit yakni bagi tenaga kesehatan adanya kemudahan dalam menemukan berkas rekam medis pasien. Sebagaimana yang dikemukakan Hillestad et al., (2005) implementasi rekam medis elektronik dapat memberi kebermanfaatannya dalam memberi pelayanan secara baik, keuntungan kompetitif di masa mendatang, serta pembiayaan rendah. Sementara Handiwidjojo, (2009) mengemukakan bahwa bilamana yang dipertimbangkan dari sisi keuntungan yakni salah satunya dari faktor cost and benefits dari penggunaan RME di Rumah Sakit yakni:

a. Manfaat Umum

Penggunaan RME di rumah sakit dapat bermanfaat sebagai upaya peningkatan kinerja dan profesionalisme bagi manajemen Rumah Sakit. Maka dari itu bagi pasien akan mendapatkan kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan dalam pelayanan kesehatan. RME ini juga harus mengikuti standarisasi praktek kedokteran yang benar dan baik bagi para dokter. Bagi pemilik atau pengelola rumah sakit, hasil dokumentasi RME juga harus accountable dan auditable sebagai upaya pendukung koordinasi antar bagian di rumah sakit, maka setiap unit dapat menjalankan pekerjaannya sesuai tugas dan fungsinya.

b. Manfaat Operasional

Terdapat juga empat faktor operasional dari kebermanfaatan penggunaan Rekam Medis Elektronik yakni diantaranya:

1. Faktor Kemudahan dalam Pelaporan

Dalam penggunaan RME dapat memudahkan proses pelaporan terkait kondisi kesehatan pasien dan dapat dijalankan pelaporan selama hitungan menit, maka proses analisis laporan dapat dijalankan secara lebih konsentrasi.

2. Faktor Efisiensi

Bilamana faktor akurasi data dan kecepatan data mengalami peningkatan secara baik, sehingga tenaga kesehatan dapat menjalankan pekerjaannya lebih fokus sesuai tugasnya sebab sebelumnya pekerjaan administrasi masih membutuhkan waktu yang lama atau kurang efisien.

3. Faktor Akurasi Data

Penerapan RME dapat memudahkan tenaga medis untuk menemukan berkas rekam medis pasien secara benar dan tepat sekaligus dapat mencegah terjadinya penduplikasian data terhadap pasien, sebab RME akan menciptakan peringatan bilamana mengalami duplikasi data terhadap pasien, maka akan lebih akurat, terjaga, dan diteliti dalam menjalankan tugasnya.

4. Faktor Kecepatan penyelesaian pekerjaan administrasi

Pengerjaan rekam medis secara manual masih memakan waktu lama saat mencari berkas rekam medis, sehingga dengan adanya rekam medis elektronik mampu mempermudah untuk mencari berkas rekam media secara tepat juga cepat.

c. Manfaat Organisasi

Sifat kedisiplinan dipersyaratkan dalam sistem informasi Rumah Sakit untuk mengentry data baik dalam kebenaran data dan ketepatan waktu. Unit pelayanan lain juga sangat membutuhkan data Rekam Medis Elektronik yang berguna sebagai resep obat yang tertulis dalam RME. Bagian keuangan juga perlu penggunaan RME berguna sebagai perhitungan besaran biaya pelayanan pasien di RS. Diterapkannya RME dapat membawa dampak positif bagi dalam menjadi penghematan biaya yang cukup signifikan dalam jangka panjang bagi Rumah Sakit serta mampu menciptakan koordinasi yang baik antar unit.

3. Tantangan Rekam Medis Elektronik

Banyak manfaat dari hasil implementasi RME ini namun juga akan menghadapi tantangan untuk ke depannya guna menciptakan keberhasilan dalam implementasi RME. Tantangan implementasi RME di rumah sakit diantaranya besarnya biaya yang diperlukan untuk hardware and software, minimnya sarana prasarana dalam penerapan RME, Belum memadainya SDM yang berkemampuan di bidang teknologi dan informasi untuk maintenance infrastruktur teknologi informasi secara mandiri dan dalam mengelola seluruh proses pengolahan data rekam medis (Khasanah, 2020).

Handiwidjojo, (2009) memaparkan bahwa alasan mengapa tidak berkembangnya pelaksanaan Rekam Medis Elektronik secara baik, yakni:

- a. Penerapan RME bukan lagi prioritas bagi rumah sakit sebab rumah sakit lebih memprioritaskan sistem penggajian, sistem akuntansi, sistem penagihan elektronik (computerized billing system), dan sebagainya. Dinomor duakannya RME dikarenakan olah data transaksi sebagai fungsi pelayanan medis bisa dijalankan secara manual.
- b. Hukum terkait RME belum adanya pengaturan secara khusus, hal tersebut menjadikan terdapat pihak yang mencurigai terjaminnya penyimpanan data terhadap unsur keamanan, privacy, ataupun confidentiality informasi secara umum. Dapat diatasinya perasaan curiga tersebut dengan penerapan legalitas dan regulasi secara jelas terkait pelaksanaan RME.
- c. Biasanya anggaran ketersediaan dana untuk rumah sakit sangat terbatas, utamanya untuk teknologi informasi. Artinya pentingnya persoalan tentang

aspek finansial, sebab rumah sakit harus mempersiapkan dana untuk infrastruktur teknologi informasi seperti sistem pengamanan, jaringan internet yang baik, komputer, jaringan kabel ataupun nir kabel.

4. Hukum Rekam Medis Elektronik

Belum adanya pengaturan khusus hukum secara khusus yang menyangkut Rekam Medis Elektronik, namun melalui adanya (UU RI Nomor 11 Tahun 2008 Terkait Informasi Dan Transaksi Elektronik) sekaligus, (Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 mengenai Rekam Medis) dapat dijadikan selaku bukti hukum serta memberi harapan baik untuk diterapkannya RME di Indonesia.

Dalam Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 terkait Rekam Medis Pasal 5 Ayat 1 diutarakan bahwa rekam medis wajib dibuat oleh setiap kedokteran atau kedokteran gigi selama masih praktik kedokteran. Pada Pasal 6 yang bunyinya bahwa pertanggungjawaban setiap dokter, dokter gigi, ataupun tenaga medis atas pencatatan ataupun dokumen yang dituliskan dalam rekam medis. Sementara dalam Pasal 10 bunyinya menyangkut informasi tentang identitas, pengobatan, pemeriksaan, riwayat penyakit, dan diagnosis pasien haruslah wajib dijamin kerahasiaannya oleh tenaga medis tertentu, dokter, dokter gigi, pimpinan sarana pelayanan dan petugas pengelola.

Landasan hukum terkait Rekam Medis Elektronik termuat dalam UU RI Nomor 11 Tahun 2008 mengenai Informasi dan Transaksi Elektronik (ITE), pada Pasal 5 Ayat 1 memuat bahwa dokumen elektronik ataupun informasi elektronik atau hasil cetaknya dianggap sebagai alat pembuktian hukum secara sah. Dalam pasal 6 Pasal 6 menyebutkan bahwa bentuk informasi harus bersifat asli atau tertulis, dan dapat dikatakan sah sebuah informasi elektronik bilamana dapat dipertanggungjawabkan, dapat diakses, ditampilkan, serta terjamin keutuhannya maka dapat menjelaskan kondisi keadaannya. Pada pasal 11 menjabarkan Tanda tangan elektronik yang berkekuatan hukum dan akibat hukum yang sah selama dipenuhinya syarat-syarat bawah ini:

- a. Data tanda tangan elektronik ketika proses penandatanganan elektronik harusnya dengan kuasa yang menandatangani
- b. Data tanda tangan elektronik bersangkutan hanya kepada penandatanganan

- c. Berbagai perubahan atas informasi elektronik yang bersangkutan dengan tanda tangan elektronik tersebut sesudah tanda tangan dilakukan dapat diketahuinya
- d. Berbagai perubahan atas tanda tangan elektronik yang terjadi sesudah ditandatangani bisa diketahuinya
- e. Ada cara tertentu untuk memperlihatkan bahwasanya penanda tangan sudah menyetujui informasi elektronik yang bersangkutan
- f. Terdapat cara tertentu yang digunakan dalam melakukan identifikasi siapa penandatangananannya.

Dalam pasal 16 bunyinya bahwa selama tidak ditetapkan lain oleh UU tersendiri, pengoperasian sistem elektronik yang dijalankan setiap penyelenggara sistem elektronik wajib memenuhi syarat-syarat minimum, diantaranya:

- a. Memiliki mekanisme secara berkesinambungan untuk melindungi kejelasan, kebaruan, serta pertanggungjawaban petunjuk atau prosedur
- b. Adanya kelengkapan petunjuk atau prosedur yang diumumkan secara bahasa, simbol, atau informasi yang bisa dipahami oleh pihak bersangkutan dengan penerapan Sistem Elektronik tersebut
- c. Mampu melindungi keteraksesan, keutuhan, keyersediaann, kerahasiaan, serta keotentikan Informasi Elektronik dalam Penerapan Sistem Elektronik tersebut
- d. Mampu berjalan sesuai petunjuk atau prosedur dalam penerapan Sistem Elektronik tersebut
- e. Mampu menyajikan kembali informasi elektronik secara menyeluruh sesuai masa retensi yang diberlakukan dalam UU.

4. Penilaian Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik

Ada tiga unsur penting pada suatu Sistem Informasi Manajemen untuk dioperasionalisasikan secara baik. Unsur pertama yakni perangkat keras, yang meliputi jaringan komunikasi, telepon, komputer dan peralatan yang diperlukan, dan lainnya. Kedua yakni perangkat otak (Brainware) yang termasuk unsur manusia yang mengoperasikan sistem informasi manajemen di Rumah Sakit. Ketiga yakni perangkat lunak, yang meliputi program yang menjalankan proses kerja komputernya (Wollersheim, Sari dan Rahayu, 2009). Proses pertama kali yang dijalankan sebelum diterapkannya Rekam Medis Elektronik guna mengurangi

kejadian kegagalan dalam penerapan RME di Rumah Sakit adalah melalui penilaian Kesiapan Rekam Medis Elektronik. Hal tersebut bermaksud untuk menilai kesiapan komponen dalam mengimplementasikan RME. Proses penilaian kesiapan RME dapat berguna sebagai upaya peningkatan keberhasilan dalam penerapan RME bilamana memiliki proses yang jelas dan pasti serta harus mengambil keputusan secara benar berdasar pada batasan organisasi yang ada dan realitas sebenarnya (Ajami et al., 2011).

5. Komponen Rekam Medis Elektronik

Sebagaimana yang diutarakan Sabarguna (2005) adapun komponen penting rekam medis elektronik dengan berdasarkan kebutuhan yang mencakup:

- a. *Record Content*: mencakup selaras akan kode penyakit serta tujuan pelayanan, standarisasi formulir dan isi.
- b. *Linkages*: sehubungan dengan database pasien dan keuangan, berbagai pelayanan lain, perpustakaan.
- c. *Intelligence*: mencakup sistem tanda baca yang sesuai, sistem bantu keputusan.
- d. *Control and acces*: Sebagai jalan akses bagi yang berkuasa namun terlindungi dari penyalahgunaan.
- e. *Training and implementation*: pelatihan yang minimal guna mengoperasikan secara benar.
- f. *Reporting Capabilities*: standar laporan, kelengkapan dokumen, mudah dimengerti.
- g. *Sistem Performance*: diantaranya mudah dalam pengubahan data, pemanggilan kembali.
- h. *Record Format* Bentuk yang tepat seperti contoh berbagai pelayanan sesuai yang dibutuhkan.

6. Kekurangan dan Kelebihan Rekam Medis Elektronik

- a. Kelebihan Rekam Medis Elektronik
 - 1) Adanya RME data rutin bisa didapatkan langsung (berbentuk siap olah) dari basis data rekam medik.
 - 2) Adanya RME data pasien langsung dapat dimasukkan dan mendapatkan saran perawatan yang tepat bagi pasien.

- 3) Dapat bersangkutan dengan sumber pengetahuan untuk penunjang keputusan pelayanan kesehatan.
- 4) RME dapat menjalankan penarikan data sinyal biologis secara otomatis.
- 5) Mampu mengurangi human eror, sebab RME bisa menciptakan peringatan dan kewaspadaan klinik.

Sementara dapat dikumpulkannya data non rutin bilamana sudah memasukkan rekam medik dan waktu pemeriksaan pasien. (Thede, 2008; Moody et al., 2004) Lebih lanjut, Sabarguna (2005) juga menyatakan bahwa ada beberapa kelebihan rekam medis elektronik antara lain:

- 1) Efisiensi penggunaan sumber daya dan pembiayaan dengan sistem kesediaan bahan (inventory) yang bisa meminimumkan biaya penyimpanan, manajemen utilisasi bersangkutan dengan proses ataupun tindakan yang tidak diperlukan, pemesanan barang ataupun biaya stockout, dan lainnya.
- 2) Pembentukan database yang dimungkinkan penelitian, pendidikan, sekaligus simulasi tenaga medik ataupun paramedik, berdasar realita datanya.
- 3) Kemudahan menyajikan data maka informasi yang disampaikan akan lebih efektif.
- 4) Ketepatan waktu dalam mengambil putusan medik, maka akan semakin baiknya mutu pelayanan atau asuhan.

b. Kekurangan Rekam Medis Elektronik

- 1) Masalah saat memasukkan data oleh petugas medis.
- 2) Resiko kegagalan pada sistem komputerisasi.
- 3) Waktu yang haruslah **key person** dan perawat bersedia untuk memelajari sistem serta mendesain ulang alur kerja butuh waktu yang cukup lama.
- 4) Pengubahan rekam medis kertas ke elektronik perlu waktu, kepemimpinan, sumber daya, dan tekad.
- 5) Membutuhkan pendanaan awal yang lebih banyak dibanding rekam medis kertas dalam pengadaan perangkat lunak, kertas, beserta biaya penunjang lainnya. (Thede, 2008; Moody et al., 2004).

2.6. Hasil Penelitian Terdahulu

Berikut hasil penelitian terdahulu yang relevan

1. Maylina Surya Wirawati Pribadi, Lilis Masyfufah, Widi Astuti, Arij Ajrina (2024) “Analisis Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (RME) Berdasarkan PERMENKES Nomor 24 Tahun 2022 Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.03 Sidoarjo”. Hasil penelitiannya memperlihatkan bahwa sudah sesuai dalam penerapan mengisi informasi klinis, menginput data sebagai klaim pembiayaan, serta menyimpan RME, sementara untuk registrasi pasien, mendistribusikan data RME, mengolah informasi RME, menjamin kualitas, serta mentransfer isi RME belumlah tepat. Didapatkan Kesimpulan bahwa belum sepenuhnya sesuai untuk tahap penerapan RME berdasar Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 di RS Bantuan 05.08.03 Sidoarjo. Metode Penelitian yang peneliti gunakan yakni data primer yang didapat langsung menggunakan metode observasi terhadap penyelenggaraan RME. Dalam penelitiannya ini, objek yang dipakai yakni RME dalam aplikasi Medify dimana subjek penelitiannya yaitu dokter, petugas IT, tenaga gizi, perawat, sekaligus petugas rekam medis yang setiap masing-masingnya 1 orang. Jenis penelitian yang peneliti gunakan ialah deskriptif kualitatif. Tujuan dilakukannya penelitian ini yaitu guna menganalisa penyelenggaraan RME yang berada di RS Bantuan 05.08.03 Sidoarjo berdasar Permenkes Nomor 24 Tahun 2022.
2. Rahmi Nuzula Belrado (2024) ”Analisis Penggunaan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit”. Hasil penelitiannya ini menurut informan kunci utama dan pendukung mengatakan bahwa sistem RME yang dipergunakan yaitu sistem buatan vendor sendiri yakni sistem SIBATIK, masih ditemukannya kendala dalam mengoperasikannya dari SDM, server, ataupun jaringan, belum optimalnya penerapan RME di RS Bakti Timah Kota Pangkalpinang, serta penerapan RME baru hanya mengoperasikan di rawat jalan dan IGD saja. Manfaat bagi pengguna ataupun pelayanan Rumah Sakit juga diuntungkan dengan adanya penggunaan RME. Maka kesimpulan yang dapat diambil bahwa sudah berjalan dengan baik tapi belum sepenuhnya optimal dalam penggunaan RME di RS. Penelitiannya

ini dijalankan menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif melalui penerapan teknik snowball sampling. Sementara pengumpul data dilakukan melalui cara wawancara mendalam dengan 19 informan utama sekaligus 2 informan pendukung guna memberi keterangan deskripsi terkait penerapan RME di RS Bakti Timah Kota Pangkalpinang. Tujuan dilakukannya kajian ini yaitu guna menganalisa berapa jauh penerapan RME di RS.

3. Ida Ayu Purwaningsih; Mieke Savitri, (2018) "Analisis penerapan rekam medis elektronik di RS Awal Bros Tangerang tahun 2017". Hasil evaluasi penggunaan RME RS Awal Bros Tangerang tahun 2017 didapatkan secara umum rerata persepsi positif responden terhadap aspek hukum, etik, disiplin dan kerahasiaan rekam medis, aspek penyimpanan RME, Aspek kepemilikan RME, Aspek pencatatan RME, serta Aspek Tata Cara Penyelenggaraan RME yaitu 79,5. Populasi penelitian awal yaitu staf yang bekerja saat ini berjumlah 117 orang yakni yang mencakup ahli gizi, apoteker, petugas fisioterapi, perawat, bidan, dokter umum, dokter spesialis, serta petugas rekam medis yang mempunyai akses langsung atas sistem RME. Pengambilan data primer awal dengan cara mengisi angket penilaian RME oleh para profesional pemberi asuhan, lalu wawancara secara mendalam. Penelitian dijalankan pada bulan Januari – April 2028 dengan penggunaan desain penelitian deskriptif analitik dan lokasi penelitiannya ini berada di RS Awal Bros Tangerang. Penelitiannya ini bermaksud guna memahami bagaimana penerapan RME di RS Awal Bros Tangerang.
4. Irda Sari, Ananta Khoirurrizal Syahputra (2024) "Analisis Implementasi Rekam Medis Elektronik Di Rumah Sakit Radjak Hospital Group". Hasil penelitiannya ini memperlihatkan bahwa faktor kontribusi keberhasilan RME yakni dukungan oleh pimpinan, partisipasi tenaga medis, keuangan memadai, dukungan teknis dan pelatihan, ketelitian penggunaan sistem RME, SDM yang melek teknologi, serta dukungan perangkat keras. Hambatan yang terjadi dalam penerapan RME yakni kurang memadainya

fasilitas komputer, tenaga medis kurang terampil komputer, data hilang saat lampu listrik, belum sempurnanya desain sistem, beban kerja Nakes yang semakin meningkat, keterlambatan input data, belum kompatibelnya pada data penunjang dan farmasi pada RME, serta sistem RME yang kadang eror. Sistem RME juga adanya kelengkapan penggunaan sistem keamanan dan kerahasiaan rekam medis. Manfaat dari penggunaan RME yakni kemudahan akses informasi, keunggulan kompetitif Rumah Sakit, efisiensi bisnis dan komunikasi, serta isi berkas rekam medis lengkap. Proses penerapan RME perlu meningkatkan partisipasi anggota organisasi dengan kepemimpinan secara optimal dan kuat dalam mencapai keberhasilan RS Hi-Tech. Teknik analisis datanya menerapkan metode fenomenologi. Metode pengumpulan datanya dilakukan dengan wawancara semi-terstruktur. Di sini peneliti menerapkan metode kualitatif melalui penggunaan pendekatan studi kasus. Tujuan dilakukannya penelitian ini yaitu guna menganalisa implementasi RME berdasar Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 di RS Radjak Hospital Group.

5. Az-Zahra Rizky Aulia, Irda Sari (2023) "Analisis Rekam Medis Elektronik Dalam Menunjang Efektivitas Kerja Di Unit Rekam Medis Di Rumah Sakit Hermina Pasteur". Hasil penelitiannya memperlihatkan bahwa waktu kerja (86,1%), aspek kuantitas kerja (79,6%), aspek kualitas kerja (81,7%), aspek ketersediaan (87,1%), aspek integritas (82,8%), serta aspek keamanan (91,7%). Saran yang dapat diberikan untuk penelitiannya ini yaitu perlu diadakannya SPO terkait RME maka RME di rumah sakit sudah pasti sesuai dengan standar keamanan, kualitas, serta privasi yang telah diberlakukan, RS hendaknya mempersiapkan genset otomatis bilamana ada listrik mati, menjalankan koordinasi dengan vendor RME sehubungan untuk melakukan update sistem RME, menjalankan legalitas tanda tangan elektronik, mempersiapkan alat tanda tangan elektronik, melakukan pemeliharaan sistem secara rutin, serta perlu pengadaan evaluasi terhadap penggunaan RME supaya bisa dijalankan pelatihan yang tepat. Di sini peneliti menerapkan metode kualitatif deskriptif melalui teknik pengumpul

data melalui kuesioner, studi kasus, wawancara, dan observasi. Tujuan dilakukannya penelitian ini yaitu guna memahami analisis RME sebagai penunjang efektivitas kerja di unit rekam medis di RS Hermina Pasteur Bandung.



Tabel 2.1. Ringkasan Penelitian Terdahulu

No	Nama, Tahun, dan Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu	Kelebihan dan Kekurangan
1	Maylina Surya Wirawati Pribadi, dkk (2024) Analisis Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (RME) Berdasarkan PERMENKES Nomor 24 Tahun 2022 Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.03 Sidoarjo	Deskriptif kualitatif dengan observasi pada aplikasi Medify. Subjek: dokter, perawat, tenaga gizi, petugas IT, dan petugas rekam medis (masing-masing 1 orang)	sudah sesuai dalam penerapan mengisi informasi klinis, menginput data sebagai klaim pembiayaan, serta menyimpan RME, sementara untuk mendaftarkan pasien, mendistribusikan data RME, mengolah informasi RME, menjamin kualitas, serta mentransfer isi RME belum tepat dengan Permenkes No. 24/2022	Lokasi: RS Bantuan 05.08.03 Sidoarjo vs RSI Fatimah Banyuwangi Fokus: Kesesuaian dengan Permenkes 24/2022 vs analisis pelaksanaan dengan kerangka konsep yang mencakup karakteristik responden dan implementasi RME	Kelebihan: Menggunakan regulasi terbaru (Permenkes 24/2022), analisis komprehensif berbagai aspek RME Kekurangan: Jumlah responden terbatas (hanya 5 orang), kurang menggali faktor implementasi secara mendalam
2	Rahmi Nuzula Belrado (2024) Analisis Penggunaan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit	Kualitatif deskriptif melalui teknik snowball sampling dan wawancara mendalam (19 informan utama, 2 informan pendukung) di RS	Penggunaan RME belum optimal, hanya dioperasikan di rawat jalan dan IGD. Menggunakan sistem SIBATIK (buatan vendor). Kendala: SDM, server, dan jaringan.	Lokasi: RS Bakti Timah Pangkalpinang vs RSI Fatimah Banyuwangi Cakupan: Rawat jalan dan IGD saja vs kemungkinan cakupan lebih luas	Kelebihan: Jumlah informan banyak (21 orang), menggali kendala implementasi secara detail Kekurangan: Cakupan layanan

		Bakti Timah Pangkalpinang	RME memberikan banyak manfaat bagi pengguna dan pelayanan	Kerangka: Tidak menggunakan kerangka implementasi 8 aspek vs menggunakan acceptability, adoption, appropriateness, dll	terbatas, belum menganalisis seluruh aspek pelaksanaan RME
3	Ida Ayu Purwaningsih & Mieke Savitri (2018) Analisis penerapan rekam medis elektronik di RS Awal Bros Tangerang tahun 2017	Deskriptif analitik dengan kuesioner evaluasi kepada 117 profesional pemberi asuhan (dokter, perawat, bidan, fisioterapi, apoteker, ahli gizi, petugas RM), dilanjutkan wawancara mendalam	Rerata persepsi positif responden 79,5% terhadap aspek: tata cara penyelenggaraan, pencatatan, kepemilikan, penyimpanan, dan aspek hukum, etik, disiplin, kerahasiaan RME	Lokasi: RS Awal Bros Tangerang vs RSI Fatimah Banyuwangi Tahun: 2017 vs 2024/2025 (regulasi berbeda) Metode: Kuantitatif-kualitatif vs kualitatif Fokus: Persepsi pengguna vs analisis pelaksanaan dengan kerangka implementasi	Kelebihan: Jumlah responden besar (117 orang), menggunakan kuesioner tervalidasi, analisis persepsi multi-profesi Kekurangan: Data sudah lama (2017), belum menggunakan Permenkes terbaru, kurang fokus pada aspek implementasi
4	Irda Sari & Ananta Khoirurrizal Syahputra (2024) Analisis Implementasi Rekam Medis Elektronik Di	Kualitatif melalui pendekatan studi kasus, wawancara semi-terstruktur, analisis	Faktor keberhasilan: dukungan hardware, SDM melek teknologi, ketelitian, pelatihan, keuangan, partisipasi	Lokasi: Radjak Hospital Group vs RSI Fatimah Banyuwangi	Kelebihan: Analisis mendalam faktor keberhasilan dan hambatan, mencakup aspek

	Rumah Sakit Radjak Hospital Group	fenomenologi berdasarkan Permenkes 24/2022	tenaga medis, dukungan pimpinan. Hambatan: sistem error, data tidak kompatibel, input terlambat, beban kerja bertambah. Manfaat: berkas lengkap, efisiensi, keunggulan kompetitif, akses mudah	Pendekatan: Fenomenologi vs deskriptif Fokus: Faktor keberhasilan dan hambatan mendalam vs analisis pelaksanaan berdasarkan kerangka konsep 8 aspek implementasi	keamanan data, menggunakan Permenkes terbaru Kekurangan: Kurang detail dalam karakteristik responden, tidak spesifik mengukur tiap aspek pelaksanaan RME
5	Az-Zahra Rizky Aulia & Irda Sari (2023) Analisis Rekam Medis Elektronik Dalam Menunjang Efektivitas Kerja Di Unit Rekam Medis Di Rumah Sakit Hermina Pasteur	Kualitatif deskriptif dengan observasi, wawancara, studi pustaka, dan kuesioner di RS Hermina Pasteur Bandung	Waktu kerja (86,1%), aspek kuantitas kerja (79,6%), aspek kualitas kerja (81,7%), aspek ketersediaan (87,1%), aspek integritas (82,8%), serta aspek keamanan (91,7%). Rekomendasi: evaluasi berkala, pemeliharaan rutin, update sistem, legalitas tanda tangan elektronik, genset otomatis, SPO RME	Lokasi: RS Hermina Pasteur Bandung vs RSI Fatimah Banyuwangi Fokus: Efektivitas kerja unit rekam medis vs pelaksanaan RME secara keseluruhan Variabel: Keamanan, integritas, ketersediaan, efektivitas kerja vs 8 aspek implementasi (acceptability, adoption, appropriateness, dll) dan 4 aspek	Kelebihan: Analisis kuantitatif dengan persentase jelas, fokus pada efektivitas kerja, memberikan rekomendasi praktis Kekurangan: Fokus hanya pada unit rekam medis, tidak mencakup seluruh aspek implementasi RME di rumah sakit, tidak menggunakan kerangka

				pelaksanaan (konten, akurasi, kemudahan, ketepatan waktu)	implementasi yang komprehensif
--	--	--	--	---	--------------------------------

Catatan:

- Penelitian di RSI Fatimah Banyuwangi menggunakan kerangka konsep yang lebih komprehensif dengan menggabungkan karakteristik responden, 8 aspek penerapan RME (acceptability, adoption, appropriateness, feasibility, fidelity, implementation cost, coverage, sustainability), dan 4 aspek pelaksanaan (konten, akurasi, kemudahan, ketepatan waktu)
- Penelitiannya ini diharap dapat memberi penggambaran secara lebih holistik terkait pelaksanaan RME di rumah sakit berbasis Islam di wilayah Banyuwangi

