

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis merupakan keterangan baik tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, dan pelayanan gawat darurat. Rekam medis biasa diartikan dengan catatan dan dokumen yang berisikan tentang kondisi keadaan pasien yang mana didalam catatan tersebut sudah ada tercermin segala informasi yang menyangkut seorang pasien yang akan di jadikan dasar dalam menentukan tindakan yang lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien (Depkes, 2006). Rekam medis juga merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Dengan melihat ketiga pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa rekam medis merupakan dokumen yang

sangat penting, karena di dalam DRM memuat informasi mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan pengobatan pasien (Hatta, 2008).

Setelah sebelumnya pada Permenkes nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis disebutkan, jika berdasarkan bentuk dan jenisnya rekam medis dapat dibedakan menjadi rekam medis konvensional dan rekam medis elektronik. Rekam medis konvensional, merupakan suatu tulisan/ catatan/dokumentasi yang secara kronologis dan sistematis menggambarkan dan menerangkan riwayat kesehatan penyakit seseorang, yang kini dengan diterbitkannya Permenkes nomor 24 tahun 2022 sebagai pembaharuan dari peraturan sebelumnya dijelaskan jika rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis yang memuat dokumentasi administratif dan dokumentasi klinis. Dipertegas dengan ketentuan bahwa kini setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis elektronik (Kemenkes, 2022). Sistem elektronik pada penyelenggaraan rekam medis elektronik dapat berupa sistem elektronik yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan sendiri, atau Penyelenggara Sistem Elektronik melalui kerja sama. Dengan rangkaian penyelenggaraan minimal rekam medis elektronik, terdiri atas:

- Registrasi pasien;
- Pendistribusian data rekam medis elektronik;

- Pengisian informasi klinis;
- Pengolahan informasi rekam medis elektronik;
- Penginputan data untuk klaim pembiayaan;
- Penyimpanan rekam medis elektronik;
- Penjaminan mutu rekam medis elektronik; dan
- Transfer isi rekam medis elektronik.

2. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, terkait Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai penyelenggara Rekam Medis Elektronik atau penyelenggara sistem elektronik termasuk juga penyelenggara telemedisin, yaitu:

- Tempat praktik mandiri dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga Kesehatan lainnya;
- puskesmas;
- klinik;
- rumah sakit;
- apotek;
- laboratorium kesehatan;
- balai; dan
- Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

Dengan tata cara penyelenggaraan, sebagai berikut:

- Mengadakan penyelenggaraan sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk atau meninggal;
- Menyusun standar prosedur operasional penyelenggaraan rekam medis elektronik sebagaimana yang disesuaikan dengan kebutuhan dan sumber daya masing-masing Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dengan mengacu pada pedoman Rekam Medis Elektronik;
- Pengintegrasian dengan platform layanan dan standar interoperabilitas dan integrasi data kesehatan oleh Kementerian;
- Menyiapkan sistem elektronik berupa sistem elektronik yang dikembangkan oleh Kemenkes, fasilitas pelayanan kesehatan sendiri, atau penyelenggara sistem elektronik melalui kerja sama;
- Menyediakan sistem elektronik yang dapat bekerja secara terpadu melakukan komunikasi atau pertukaran data dengan salah satu atau lebih Sistem Elektronik yang lain, yang menggunakan standar pertukaran data dan standar sistem elektronik yang diselenggarakan oleh Kemenkes.

3. Dasar Hukum Rekam Medis Elektronik

Landasan Hukum terkait Rekam Medis yang saat ini digunakan antara lain sebagai berikut:

- Undang-Undang Republik Indonesia nomer 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran pada pasal 46 dan pasal 47 kewajiban rekam medis dan kepemilikan rekam medis

- Undang-Undang Republik Indonesia nomer 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 29 ayat (1) setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan Rekam Medis
- Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan pada Pasal 11 Keteknisian Medis : Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
- Undang-Undang Republik Indonesia nomor 19 tahun 2016 Perubahan UU No 11 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik (ITE) pada Pasal 1: Informasi elektronik dan dokumen elektronik
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan
 - a. Pasal 14 Data dan Informasi Kesehatan yang bersumber dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diperoleh dari rekam medik elektronik dan non elektronik dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - b. Pasal 17 huruf b pengumpulan data dan Informasi kesehatan melalui: penyelenggaraan rekam medik baik elektronik maupun non elektronik
 - c. Pasal 39 pengelolaan data dan informasi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan berupa pencatatan kegiatan pelayanan kesehatan termasuk pengelolaan rekam medik yang dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - d. Pasal 40 Ayat (1) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mengoperasikan sendiri sistem elektronik rekam medik.

- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 71 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, Pelayanan penunjang klinik, termasuk rekam medik harus ada di setiap kelas rumah sakit (A, B, C, D).
- Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis

2.1.2 Pengguna Rekam Medis Elektronik (Petugas Rekam Medis)

1. Pengertian Sumber Daya Manusia

Berdasarkan pernyataan Nawawi (2000) dalam (Sunyoto, 2015) bahwa sumber daya manusia itu sendiri meliputi tiga pengertian yaitu:

- a. Sumber daya manusia adalah manusia yang bekerja di lingkungan suatu organisasi, disebut juga personel, tenaga kerja, pegawai atau karyawan.
- b. Sumber daya manusia adalah potensi manusiawi sebagai penggerak organisasi dalam mewujudkan eksistensinya.
- c. Sumber daya manusia adalah potensi yang merupakan asset dan berfungsi sebagai modal (non materiil) di dalam organisasi bisnis, yang dapat mewujudkan menjadi potensi nyata secara fisik dan non fisik dalam mewujudkan eksistensi organisasi.

Menurut (Yusuf B. , 2015), sumber daya manusia merupakan suatu modal dasar yang paling utama dalam setiap organisasi. Tanpa adanya sumber daya manusia, dapat dipastikan roda organisasi tidak akan bergerak. Sumber daya manusia dapat didefinisikan sebagai individu yang merancang dan memproduksi keluaran dalam rangka pencapaian strategi dan tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi. Tanpa individu yang memiliki keahlian atau kompeten, maka mustahil bagi organisasi untuk mencapai tujuan. Dari beberapa definisi di atas, disimpulkan bahwa sumber daya manusia merupakan bagian penting yang harus dimiliki oleh organisasi sebagai penggerak operasional untuk mencapai tujuan organisasi

2. Standar Petugas Rekam Medis

Tentunya berkembangnya teknologi informasi di era globalisasi ini menuntut semua bidang untuk menghadapi terjadinya perubahan tersebut secara menyeluruh dan berkelanjutan. Oleh karena itu, bidang kesehatan harus bersiap untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan agar dapat bersaing secara global. Tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan harus dilakukan secara bertanggung jawab, beretika dan bermoral tinggi, keahlian, dan kewenangan yang terus menerus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis bahwa Perkam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seorang yang telah lulus pendidikan RMIK sesuai peraturan perundang-undangan. Pendidikan RMIK di Indonesia saat ini Diploma III (tiga) Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Diploma IV (empat) dan Sarjana I (satu) Manajemen Informasi Kesehatan. PMIK dapat melakukan pekerjaannya pada fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan, asuransi kesehatan, institusi pendidikan, dan pelayanan yang terkait. (Kemenkes, 2013)

Rekam medis sebagai sumber informasi memerlukan manajemen pengolahan yang profesional untuk memenuhi kebutuhan berbagai aspek antara lain: administrasi, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, pendokumentasian, dan kesehatan masyarakat. Pengolahan data rekam medis memberikan informasi kesehatan melalui tahapan mengumpulkan, mengintegrasikan, menganalisis data pelayanan kesehatan primer dan sekunder, menyajikan dan mendiseminasi informasi yang berguna untuk perencanaan dan pengambilan keputusan. Oleh karena itu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan perlu dikelola oleh seseorang yang kompeten dan memiliki kewenangan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Standar kompetensi profesi ini tercantum pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/312/2020 Tentang Standar Profesi Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan

sebagai pedoman bagi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang mendukung pelayanan kesehatan di Indonesia (Kemenkes, 2020).

Kompetensi dibangun dengan akar yang terdiri atas profesionalisme yang luhur, kewaspadaan dalam bentuk mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif, yang akan menunjang manajemen data dan informasi kesehatan, keterampilan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, dan prosedur klinis, aplikasi statistik kesehatan, epidemiologi dasar, biomedik, serta manajemen pelayanan RMIK. Oleh karena itu, area kompetensi disusun dengan urutan sebagai berikut:

1) Profesionalisme yang Luhur, Etika dan Legal.

PMIK Mampu melaksanakan sistem RMIK secara profesional sesuai dengan nilai dan prinsip ketuhanan, moral, luhur, etika, disiplin, hukum, dan sosial budaya.

2) Mawas Diri dan Pengembangan Diri.

Mampu menyelenggarakan pelayanan RMIK dengan menyadari keterbatasan, mengatasi masalah personal, mengembangkan diri, mengikuti penyegaran dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan secara berkesinambungan untuk penyelenggaraan pelayanan yang optimal.

3) Komunikasi Efektif

Mampu menggali dan mengumpulkan informasi dari pemangku kepentingan, untuk digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan dalam pelayanan RMIK.

4) Manajemen Data dan Informasi Kesehatan

Mampu merancang dan mengelola struktur, format, dan isi data kesehatan, termasuk memahami sistem klasifikasi, dan perancangan sistem pembayaran pelayanan kesehatan, secara manual, maupun elektronik.

5) Keterampilan Klasifikasi Klinis, Kodifikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan Lainnya, serta Prosedur Klinis

Mampu menetapkan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia, yang digunakan untuk statistik penyakit dan sistem pembiayaan fasilitas pelayanan kesehatan.

6) Aplikasi Statistik Kesehatan, Epidemiologi Dasar, dan Biomedik

Mampu menggunakan statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik dalam pelayanan RMIK

7) Manajemen Pelayanan RMIK

Mampu mengelola pelayanan rekam medis yang bermutu sesuai alur sistem untuk memastikan rekam medis tersedia saat diperlukan untuk pelayanan pasien secara manual, hybrid dan elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan

2.1.3 Tingkat Kesiapan (*Readiness*)

Melalui penarikan maksud terkait definisi dari penerimaan teknologi yang merupakan kesediaan pengguna untuk mendukung tugas yang telah dirancang (Teo, 2011). Berdasarkan penelitian Anas Hidayah (2018) melakukan pengukuran kesiapan pengguna sistem informasi dengan menggunakan pengukuran *Technology Readiness Index*, dengan kesimpulan jika pengguna masih dalam kategori *Low Technology Readiness*. Selain itu, Nur Hadi Waryanto, Nur Insani (2013) melakukan penelitian untuk mengetahui tingkat kesiapan sekolah dan mengungkap faktor atau area mana yang masih lemah dan memerlukan perbaikan dan area mana yang sudah dianggap berhasil atau kuat dalam mendukung penerapan e-learning dalam proses pembelajaran. Model yang digunakan adalah menggunakan model ELR Chapnick yang menggunakan delapan faktor readiness untuk mengukur ELR, yaitu *psychological readiness*, *sociological readiness*, *environmental readiness*, *human resource readiness*, *financial readiness*, *technological skill (aptitude) readiness*, *equipment readiness*, dan *content readiness*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *e-learning readiness* SMA Kota Yogyakarta mempunyai skor 103,76. Skor ini menurut model Chapnick masuk dalam kategori cukup siap. Sehingga dapat disimpulkan jika Dalam setiap kegiatan, diperlukan adanya kesiapan yang cukup baik dalam menunjang keberhasilan dari semua kegiatan yang dilakukan.

2.1.4 *Technology Readiness Index (TRI)*

Pada pernyataannya (Parasuraman, 2000) menyebutkan jika *Technology Readiness* adalah kombinasi dari keyakinan terkait teknologi yang positif, yaitu percaya diri menyikapi teknologi serta kecenderungan menjadi pionir dalam penggunaan teknologi baru dan negatif, yaitu kecenderungan untuk merasa tidak nyaman dan skeptis terhadap teknologi. Keyakinan ini diasumsikan bervariasi di antara individu. Secara kolektif, keyakinan yang ada bersama ini menentukan kecenderungan seseorang untuk berinteraksi dengan teknologi baru untuk mencapai tujuan mereka dalam kehidupan sehari-hari ataupun dalam dunia pekerjaan.

Metode hitung *Technology Readiness Index (TRI)* ini dapat menghasilkan kecenderungan individu dalam menggunakan dan memanfaatkan teknologi baru (Parasuraman, 2000). Parasuraman dan Colby dalam Ling dan Moi (2006) dikutip dalam (Roziqin & Darmawan, 2021) juga menyatakan TRI sebagai “*people propensity to embrace and use new technologies for accomplishing goals in home life and at workplace*”. Sehingga dapat disimpulkan jika tujuan TRI dikembangkan oleh Parasuraman untuk mengukur keyakinan dan pemikiran seseorang dari sisi psikologis yang dapat dikategorisasikan untuk kesiapan penerimaan teknologi baru sehingga adanya 4 Dimensi pada *Technology Readiness Index (TRI)*, antara lain:

- 1) Optimisme (*optimism*)

Saat seseorang memiliki pandangan positif tentang teknologi dan keyakinan bahwa teknologi dapat menawarkan peningkatan kontrol, fleksibilitas, dan efisiensi kepada orang-orang dalam kehidupan mereka maupun dalam dunia pekerjaan sehingga secara umum menangkap perasaan positif tentang teknologi.

2) Inovasi (*innovativeness*),

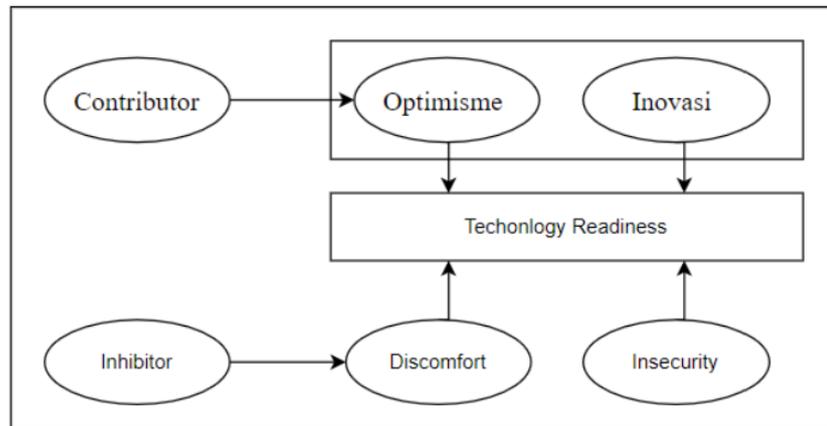
Disaat adanya kecenderungan seseorang untuk menjadi pelopor teknologi dan pemimpin pemikiran terkait teknologi yang terus terbaru sehingga dapat mengukur sejauh mana individu memandang diri mereka sebagai yang terdepan dalam menggunakan teknologi.

3) Ketidaknyamanan (*discomfort*),

Disaat seseorang merasa bahwa dirinya tidak dapat kontrol atas teknologi dan perasaan kewalahan olehnya sehingga dapat mengukur ketakutan dan kekhawatiran yang dialami orang ketika dihadapkan dengan teknologi.

4) Ketidakamanan (*insecurity*).

Adanya rasa ketidakpercayaan atau ketidak amanan dari seseorang terhadap penggunaan teknologi dan salah satunya menyangkut takut terganggunya ruang pribadinya.



Gambar 2. 1 Model TRI

Technology Readiness Index (TRI) sendiri dapat dikategorisasi dengan tingkatan kesiapan pengadopsian teknologi informasi yang dikemukakan oleh (Parasuraman, 2000). Untuk dapat mengkategorisasi nilai TRI dapat dihitung melalui nilai mean tiap kuisioner dikalikan dengan bobot tiap pertanyaan dengan tiap variabelnya memiliki bobot 25%. Bobot pernyataan didapat dari bobot variabel dibagi dengan jumlah pernyataan per-variabel. Setelah itu nilai mean dari tiap pernyataan dikalikan dengan bobot tiap varibel pernyataan tersebut. Nilai TRI bisa didapat dari jumlah total seluruh varibel. Dengan rumus TRI sebagai berikut,

$$\text{Bobot Pertanyaan} = \frac{25\%}{\sum \text{pertanyaan variabel}}$$

$$\text{Pernyataan variabel} = \frac{\text{jumlah skor pernyataan}}{\text{jumlah responden}}$$

$$\text{Nilai pernyataan} = \frac{\sum(\text{jumlah skor pernyataan} \times \text{Pernyataan variabel})}{\text{jumlah responden}} \times \text{Bobot pernyataan}$$

$$\text{Nilai variabel} = \sum \text{nilai pernyataan}$$

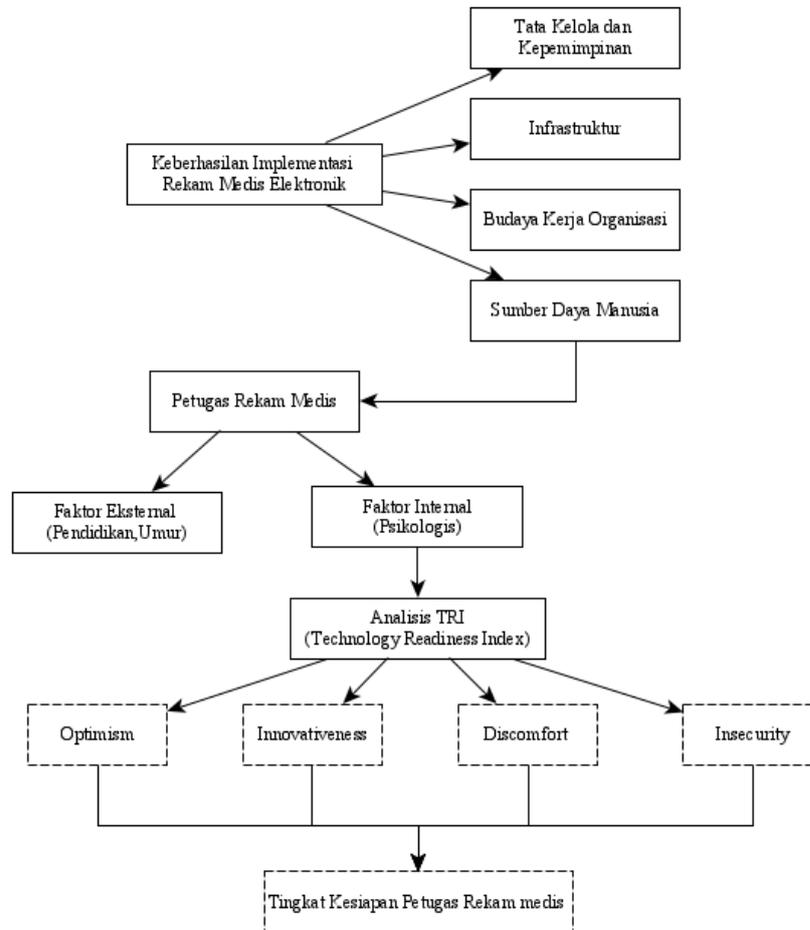
$$\text{Nilai TRI} = \sum \text{Skor variabel}$$

Tabel 2. 1 Kategorisasi skor TRI menurut (Parasuraman, 2000)

Kategori	Skor
Low Technology Readiness	$\text{TRI} \leq 2,89$
Medium Technology Readiness	$2,89 < \text{TRI} < 3,51$
High Technology Readiness	$\text{TRI} \geq 3,51$

2.2 Kerangka Teori

Metode *Technology Readiness Index* (TRI) terdapat 4 variabel penting yang mempengaruhi tingkat kesiapan pengguna dalam menggunakan dan memanfaatkan teknologi, yaitu *Optimism*, *Innovativeness*, *Discomfort*, *Insecurity* (Parasuraman, 2000). Berikut merupakan kerangka teori penelitian ini dengan pengembangan dari penelitian sebelumnya

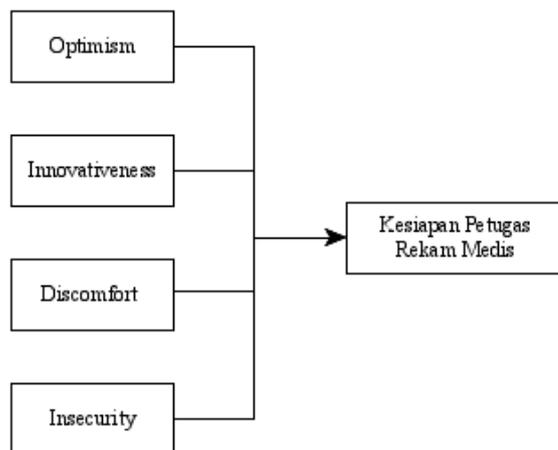


Gambar 2. 2 Kerangka Teori (Faida & Ali, Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (Doctor’s Office Quality-Information Technology), 2021)

2.3 Kerangka Konseptual

Pembuatan kerangka konseptual dapat memberikan gambaran dan mengarahkan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan diteliti dalam merumuskan masalah penelitian. Berdasarkan konsep parameter dari hasil penelitian (Parasuraman, 2000) terkait kecenderungan individu dalam menggunakan teknologi sehingga dapat diketahui jika variabel yang menjadi sebab timbulnya kesiapan petugas rekam medis dalam penerapan rekam medis

elektronik, yaitu Optimisme (*optimism*) dari rasa dapat memotivasi pekerjaan dan mengefisiensi pekerjaan; Inovasi (*innovativeness*) dari rasa dapat menggunakan dan mengatasi masalah sebagai variabel penghambat (*inhibitor*); dan Ketidaknyamanan (*discomfort*) dari rasa sulit memahami, tidak percaya diri dan cenderung kembali ke cara manual; Ketidakamanan (*insecurity*) dari rasa tidak yakin dan keragu-raguan sebagai variabel pendorong (*contributor*). Yang nantinya akan dapat menghasilkan kriteria kesiapan penggunaan RME sebagai teknologi terbaru yang sedang diterapkan (Roziqin & Darmawan, 2021). Berikut merupakan kerangka konsep analisis tingkat kesiapan petugas rekam medis menggunakan metode TRI.



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep