

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KESIAPAN TENAGA KESEHATAN DALAM IMPLEMENTASI
REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI RSUD HAJI MAKASSAR**

**MAISYA FINISTRI MARZUKI
K011191205**



**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR
2024**

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KESIAPAN TENAGA KESEHATAN DALAM IMPLEMENTASI REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI RSUD HAJI MAKASSAR

MAISYA FINISTRI MARZUKI
K011191205



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR
2024

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 3 Januari 2024



Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Dr. Irwandy, SKM., MSc.PH., M.Kes

Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS

NIP. 198403122010121005

NIP. 198208182015042003

Mengetahui,

Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



Dr. Rini Angraeni, SKM., M.Kes

NIP. 19770311 200212 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu, 3 Januari 2024.

Ketua : Dr. Irwandy, SKM.,MSc.PH.,M.Kes



(.....)

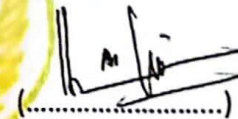
Sekretaris : Adelia U. Ady Mangilep, SKM.,MARS



(.....)

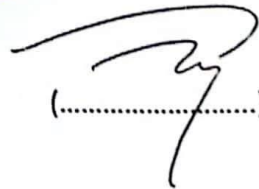
Anggota :

1. Dr. Herlina A. Hamzah, SKM.,MPH

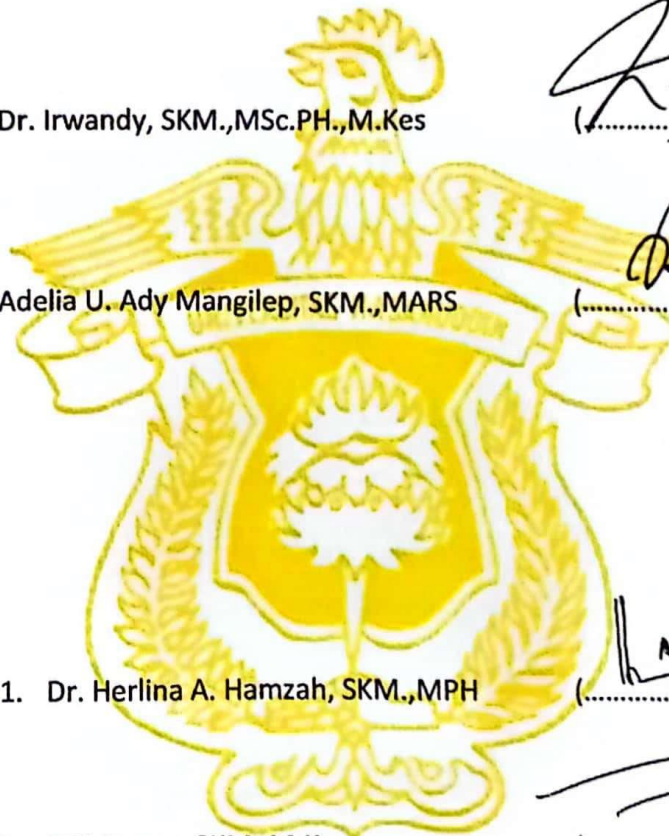


(.....)

2. Arif Anwar, SKM.,M.Kes



(.....)



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maisya Finistri Marzuki

NIM : K011191205

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

No.Hp : 082197758407

E-mail : maisyamarzuki9601@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi dengan judul **“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik di RSUD Haji Makassar”** benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain, kecuali bagian-bagian tertentu yang merupakan acuan dari hasil karya orang lain yang telah disebutkan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika penulisan.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, 3 Januari 2024
Yang Membuat Pernyataan



Maisya Finistri Marzuki

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Manajemen Rumah Sakit

Maisya Finistri Marzuki

“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik di RSUD Haji Makassar”

(xiv + 110 halaman + 20 Tabel + 2 Gambar + 11 Lampiran)

RSUD Haji Makassar sebagai salah satu rumah sakit yang menyediakan pelayanan rekam medis belum memenuhi standar pelayanan. Indikator kelengkapan rekam medis kertas terus mengalami penurunan selama tiga tahun terakhir dan di tahun 2022 sebesar 11,14%. Penerapan RME diyakini sebagai solusi mengatasi permasalahan tersebut. Didukung dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang mewajibkan penerapan bagi setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Kesiapan RSUD Haji Makassar dari segi teknologi sudah mencapai 80%, namun dari segi pengguna sistem masih sangat kurang.

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi RME dengan menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian sebanyak 108 tenaga kesehatan yang diambil dengan cara *accidental* secara *proportional sampling*. Penelitian dilakukan di RSUD Haji Makassar dari bulan Juli-Agustus 2023. Uji korelasi pearson, uji t independen, dan uji kruskal wallis digunakan untuk menganalisis hubungan variabel independen dan dependen.

Hasil menunjukkan bahwa jenis kelamin, profesi, fasilitas komputer, literasi komputer, pengetahuan, dan sikap berhubungan secara signifikan ($P\text{-value} < 0,05$) dengan kesiapan tenaga kesehatan untuk menerapkan RME. Adapun kesiapan tenaga kesehatan di RSUD Haji Makassar secara menyeluruh (*overall readiness*) sebesar 54% dengan *core readiness* 57,4% dan *engagement readiness* 62%. Secara umum, rumah sakit dinilai sudah cukup siap untuk diterapkan RME. Rumah sakit dapat membentuk *self awareness* tenaga kesehatan perempuan untuk meningkatkan kesiapannya, menyediakan fasilitas komputer, memaksimalkan pelatihan RME, mengoptimalkan fungsi pengawasan, mentoring, dan evaluasi terhadap hasil pelatihan untuk memastikan seluruh tenaga kesehatan memahami dan mengaplikasikan penggunaan RME itu sendiri.

Daftar Pustaka: 83 (1976-2023)

Kata Kunci: RME, Core readiness, Engagement Readiness.

SUMMARY

Hasanuddin University
Public Health Faculty
Hospital Management

Maisya Finistri Marzuki

“Factors Associated of Health Professionals Readiness to Implement Electronic Medical Record in RSUD Haji Makassar”

(xiv + 110 pages + 20 Tables + 2 Pictures + 11 Attachments)

RSUD Haji Makassar as one of the hospitals that provides medical records services has not met the standard of service. Indicators of paper medical records continue to decline over the past three years and in 2022 was 11,14%. The adoption of EMR is believed to be the solution to solve this problem. Supported by Ministry of Health Policy No. 24 Year 2022 about medical records which required adoption for electronic medical records to every health service facility. The readiness of RSUD Haji Makassar Hospital in terms of technology has reached 80%, but the system users is still low.

The present study aimed to identify the factors associated to health professionals readiness to implement electronic medical record. A quantitative research design were used with cross sectional approach. 108 health workers were taken as samples using accidental with proportional sampling technique. The research was conducted in RSUD Haji Makassar from July-August 2023. Spearman correlation test, independent t-test, and kruskal wallis test were used to analyze the association between independent and dependent variables.

The results showed that gender, profession, computer facility, computer literacy, knowledge and attitude were significantly associated (P -value < 0,05) with readiness for EMR implementation. RSUD Haji Makassar health professionals overall readiness was 54% with core readiness 57,4% and engagement readiness 62%. In general, the hospital are considered to be quite ready to implement EMR. Creating self awareness for female health workers to increase their readiness, provide computer facility, maximize EMR training, optimize monitoring, mentoring, and evaluation toward the training result to ensure that all health professionals were understand and implement EMR itself.

References: 83 (1976-2023)

Keyword: EMR, Core readiness, Engagement Readiness.

PRAKATA

Puji dan syukur dipanjatkan kepada Allah *Subhanahu wa Ta'ala*, dengan pertolongan dan ridho-Nya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Shalawat serta salam juga dihaturkan kepada Rasulullah *Shallallahu 'Alaihi wa Sallam*. Ucapan terima kasih dari penulis kepada semua pihak yang ikut serta dalam membantu penyelesaian skripsi dengan judul **“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik di RSUD Haji Makassar”**. Dengan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. dr. Andi Indahwaty AS., MHSM sebagai penasehat akademik yang telah membimbing, memberikan nasihat dan motivasi.
2. Bapak Dr. Irwandy, SKM., M.ScPH.,M.Kes sebagai pembimbing I, dan Ibu Adelia U. Ady Mangilep, S.KM., MARS sebagai pembimbing II atas bimbingan dan nasihat dari awal hingga akhir penulisan skripsi ini.
3. Ibu Dr. Herlina A. Hamzah, SKM., MPH sebagai penguji I, Bapak Arif Anwar, SKM., M.Kes sebagai penguji II yang memberikan bimbingan dan arahan untuk kesempurnaan tulisan ini.
4. Keluarga yang ada di Ambon dan Makassar atas doa, dukungan, dan kasih sayang.
5. Teman-teman FKM Unhas 2019, MRS 2019, MRS Club, dan LD Al-'Aafiyah yang membantu selama perkuliahan dan kepengurusan di organisasi.

Dengan demikian penulis mohon maaf atas kesalahan dan kekurangan pada skripsi ini. Berharap melalui tulisan ini dapat memberikan kontribusi positif bagi FKM Unhas serta RSUD Haji Makassar.

Makassar, Januari 2024

Maisyah Finistri Marzuki

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN	v
SUMMARY	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1 Karakteristik Demografi	15
2.2 Fasilitas Komputer	19
2.3 Literasi Komputer	20
2.4 Pengetahuan tentang Rekam Medis Elektronik	20
2.5 Sikap terhadap Rekam Medis Elektronik	22
2.6 Rekam Medis Elektronik	24
2.7 Kesiapan pada Tenaga Kesehatan	27
2.8 Rumah Sakit.....	30
2.9 Hubungan Karakteristik Demografi dan Kesiapan Tenaga Kesehatan ...	33
2.10 Hubungan Fasilitas Komputer dan Kesiapan Tenaga Kesehatan	35
2.11 Hubungan Literasi Komputer dan Kesiapan Tenaga Kesehatan	35

2.12	Hubungan Pengetahuan dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan.....	36
2.13	Hubungan Sikap dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan	37
2.14	Matriks Penelitian.....	38
2.15	Kerangka Teori.....	44
BAB III KERANGKA KONSEP		47
3.1	Dasar Pemikiran Variabel Penelitian	47
3.2	Kerangka Konsep	50
3.3	Definisi Operasional.....	52
3.4	Hipotesis Penelitian	56
BAB IV METODE PENELITIAN		58
4.1	Jenis Penelitian	58
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	58
4.3	Populasi dan Sampel.....	58
4.4	Instrumen Penelitian.....	61
4.5	Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data	61
4.6	Penyajian Data.....	64
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN		65
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	65
5.2	Hasil Penelitian	67
5.3	Pembahasan	81
BAB VI PENUTUP		108
6.1	Kesimpulan	108
6.2	Saran	109

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 1.1	Rumah Sakit dengan Penerapan Rekam Medis Elektronik Secara Penuh di Provinsi Sulawesi Selatan	3
Tabel 1.2	Indikator Permasalahan RSUD Haji Makassar Tahun 2020-2022	5
Tabel 1.3	Kondisi Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) di RSUD Haji	6
Tabel 2.1	Matriks Penelitian Terdahulu	38
Tabel 3.1	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Penelitian	52
Tabel 4.1	Distribusi Perhitungan Sampel Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2023	60
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	68
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Fasilitas Komputer di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	69
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Literasi Komputer di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	69
Tabel 5.4	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Literasi Komputer di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	69
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang RME di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	70
Tabel 5.6	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang RME di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	71
Tabel 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Sikap terhadap RME di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	71
Tabel 5.8	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Sikap terhadap RME di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	72

Tabel 5.9	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan <i>Core Readiness</i> Tenaga Kesehatan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	73
Tabel 5.10	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan <i>Engagement Readiness</i> Tenaga Kesehatan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	74
Tabel 5.11	Distribusi Responden Berdasarkan Kesiapan Menyeluruh Tenaga Kesehatan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023.....	76
Tabel 5.12	Hubungan Umur dan Masa Kerja dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	77
Tabel 5.13	Perbedaan Kesiapan Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Fasilitas Komputer, Literasi Komputer, Pengetahuan, dan Sikap Tenaga Kesehatan dalam Implementasi RME di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	78
Tabel 5.14	Perbedaan Kesiapan Menurut Profesi Tenaga Kesehatan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori	46
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Untuk Responden
- Lampiran 2 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 3 Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian
- Lampiran 4 *Output* Penelitian
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian dari Fakultas
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan PTSP
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Rumah Sakit
- Lampiran 8 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 9 Rekomendasi Persetujuan Etik Penelitian
- Lampiran 10 Surat Keterangan Telah Menyelesaikan Penelitian
- Lampiran 11 Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan teknologi, informasi dan komunikasi yang signifikan membawa perubahan pada sistem fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan dengan proses manajemen data dan komunikasi yang lebih baik serta pengambilan keputusan yang tepat dan cepat (Biruk dkk., 2014). Dengan begitu, fasilitas pelayanan kesehatan dapat berjalan lebih efektif dan efisien. Salah satu bentuk penerapan teknologi informasi di bidang perumahsakitan adalah Rekam Medis Elektronik. Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) sudah menjadi kewajiban sebagaimana yang diamanatkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis bagi setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan termasuk rumah sakit. Pemerintah memberikan kesempatan untuk masa transisi ini hingga 31 Desember 2023.

Pada Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/1030/2023 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Serta Penerapan Sanksi Administratif dalam Rangka Pembinaan dan Pengawasan menegaskan bahwa adanya pemberian sanksi administratif pada fasilitas pelayanan kesehatan yang belum menerapkan RME dengan sanksi berupa teguran tertulis hingga pencabutan izin. Teguran tertulis ini diberikan bagi rumah

sakit yang belum menyelenggarakan RME yang terkoneksi dengan Platform SATUSEHAT.

Rekam Medis Elektronik dalam Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis didefinisikan sebagai rekam medis berbasis komputer yang berisikan informasi mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Rekam Medis Elektronik memberikan berbagai kemudahan dan manfaat yang besar bagi Rumah Sakit dapat meminimalisir angka kejadian *medical error*, meningkatkan pendapatan, mengurangi kebutuhan ruang penyimpanan, kemudahan mengolah data, serta menghemat waktu dan biaya (Soraya dkk., 2022; Kalogriopoulos dkk., 2009; Bagayoko dkk., 2011; Williams & Boren, 2008). Studi yang dilakukan South dkk., (2021) selama 4 tahun di Rumah Sakit Pendidikan Khusus Anak di Australia melaporkan bahwa implementasi RME mampu meningkatkan kualitas pelayanan bahkan dapat mengurangi angka kematian.

Dibalik eksistensi RME bagi fasilitas kesehatan yang dinilai sangat menjanjikan dengan berbagai kelebihannya, penerapan di negara-negara maju seperti United States masih mencapai 75,2% di seluruh rumah sakit hingga tahun 2015 lalu, Jepang dengan 71% hingga tahun 2014, Kanada masih mencapai >75%, dan Islandia dengan >75% (Adler-Milstein dkk., 2015; Kawaguchi dkk., 2018; WHO, 2015). Pada beberapa negara berkembang menunjukkan *trend* persentase tidak jauh berbeda antar negara seperti

negara Romania, Kambodia, dan Kosta Rika berada di rentang <25%, Mongolia dan Ethiopia pada rentang 25-50% (WHO, 2015).

Indonesia dalam laporan survei yang dilakukan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) pada awal tahun 2022 menunjukkan bahwa dari 2258 rumah sakit, 993 (44%) belum menerapkan RME, 912 (40,4%) telah menerapkan, dan 353 (15,6%) baru menerapkan. Dapat dilihat bahwa Indonesia sebagai salah satu negara di Asia Tenggara masih berada di rentang 40,4%. Informasi terbaru pada Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2022 menunjukkan 60% dari rumah sakit di Indonesia atau sekitar 345 rumah sakit telah menerapkan RME sepenuhnya. Pencapaian ini masih harus ditingkatkan mengingat masa peralihan ke Rekam Medis Elektronik bagi setiap rumah sakit di Indonesia sudah harus dilakukan sebelum tahun 2024 mendatang.

Tabel 1.1 Rumah Sakit dengan Penerapan Rekam Medis Elektronik Secara Penuh di Provinsi Sulawesi Selatan

LAKIP 2020			LAKIP 2021		LAKIP 2022	
RSUP	Dr. Wahidin	RS	Bhayangkara	RSIA	Sitti Khadijah 1	
Sudirohusodo		Kepolisian	Makassar	Muhammadiyah		
RS	Dr. Tadjuddin Chalid			RS Darurat	Enggano	
RSUD	Syekh Yusuf Gowa			RS Stella Maris		
				RSUD Arifin Numang		
				RSUD I Lagaligo		
				RSUD Nene Mallomo		
				RSUD Sayang Rakyat		
				RS Primaya		
				RSU Yapika		

Sumber: *Data Sekunder, 2023*

Data yang bersumber dari Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2020 melaporkan bahwa baru tiga rumah sakit di Provinsi Sulawesi Selatan yang menerapkan RME terintegrasi antara lain RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RS Dr. Tadjuddin Chalid, MPH., dan RSUD Syekh Yusuf Gowa. Pada LAKIP Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2021, RS Bhayangkara Kepolisian Makassar telah menerapkan RME terintegrasi. LAKIP tahun 2022 melaporkan sebanyak 9 (sembilan) rumah sakit antara lain RS Darurat Enggano, RS Primaya, RS Stella Maris, RSUD Arifin Numang, RSUD I Lagaligo, RSUD Nene Mallomo, RSUD Sayang Rakyat, RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah, dan RSU Yapika telah menerapkan RME sepenuhnya di Provinsi Sulawesi Selatan.

Salah satu rumah sakit kelas B tingkat provinsi di Sulawesi Selatan yang masih dalam tahap awal proses penerapan RME adalah RSUD Haji Makassar. Landasan perlunya rumah sakit ini untuk segera beralih ke rekam medis elektronik adalah permasalahan dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Rekam Medik.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Instalasi Rekam Medik RSUD Haji Makassar menunjukkan permasalahan pada dua indikator yakni indikator kelengkapan dan pengembalian berkas rekam medis. Indikator pengisian rekam medis manual setempat tidak mencapai standar, bahkan menurun selama 3 tahun terakhir.

**Tabel 1.2 Indikator Permasalahan RSUD Haji Makassar
Tahun 2020-2022**

No	Indikator	Standar (%)	Capaian per Tahun (%)		
			2020	2021	2022
1.	Kelengkapan pengisian rekam medis	100	70,56	56,26	11,14
2.	Pengembalian rekam medis setelah pasien pulang 1x24 jam	100	0	0	0

Sumber: *Data Sekunder, 2023*

Indikator pengembalian berkas rekam medis juga tidak pernah berhasil pada kurun waktu tersebut. Rekam medis yang tidak segera dilengkapi dan dikembalikan akan menyebabkan keterlambatan pengambilan keputusan juga dapat menghambat kinerja instalasi rekam medik dalam melakukan rekapitulasi data seperti data penyakit terbanyak, data mortalitas, dll. Hal ini menunjukkan indikator pelayanan yang kurang baik.

Hasil wawancara dengan kepala Unit Sistem Informasi dan Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) menunjukkan bahwa penerapan rekam medis elektronik dari segi kesiapan fasilitas sarana prasarana sudah cukup memadai yakni sekitar 80% untuk menjalankan secara penuh Rekam Medis Elektronik di seluruh unit layanan.

Sarana prasarana yang disediakan untuk menunjang penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik dari aspek *software* yakni aplikasi RME sudah tersedia di RSUD Haji Makassar. Aplikasi ini menjadi bagian dari aplikasi SIMRS yang berfungsi untuk proses manajemen pelayanan yang terintegrasi.

Menu-menu yang ada pada aplikasi RME tersebut juga sudah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data Pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik.

Tabel 1.3 Kondisi Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) di RSUD Haji

Kesiapan	Kondisi RSUD Haji
<i>Software</i>	Aplikasi RME sudah tersedia
<i>Hardware</i>	1) 2 unit belum memiliki komputer (poli bronkoskopi dan perinatologi) 2) Terdapat 2 server, dengan kondisi salah satu server rusak
<i>Brainware</i>	6 orang tenaga SIMRS dengan kualifikasi sebagai IT jaringan (<i>hardware</i> dan <i>maintenance</i>) dan tenaga <i>support</i> , implementator rawat jalan 2 orang, rawat inap 1 orang, dan analis data. Tenaga yang belum tersedia adalah tenaga <i>programmer</i>
Pelatihan	Dilaksanakan 2x pelatihan

Sumber: *Data Primer, 2023*

Aplikasi RME yang digunakan belum memiliki fitur tanda tangan elektronik sehingga berkas rekam medis belum dapat dijadikan bukti sah untuk klaim BPJS. Aspek *hardware* yang meliputi ketersediaan perangkat komputer, server, dan jaringan sudah cukup memadai dengan jumlah komputer pada setiap poli di instalasi rawat jalan sejumlah 1 (satu) unit komputer. Pada dua poli yakni Poli Bronkoskopi dan Perinatologi belum memiliki komputer sendiri, sementara itu server yang dimiliki sejumlah 2 (dua) dengan kondisi salah satu server rusak sehingga hanya 1 server yang berfungsi untuk membantu *backup* aplikasi agar pelayanan tetap berjalan.

Unit yang menangani Rekam Medis Elektronik adalah unit SIMRS dengan total tenaga sebanyak 6 (enam) orang. Adapun kualifikasi SDM yang masih dibutuhkan dan belum ada di unit ini adalah tenaga IT *Programmer*. Pelaksanaan pelatihan penyelenggaraan RME sudah pernah dilaksanakan sebanyak dua kali pada tahun 2019 dan 2020. Pada tahun 2019 pelatihan yang dilaksanakan melibatkan seluruh komponen tenaga kesehatan yang terlibat dalam pengisian RME, namun tingkat kehadiran pelatihan sangat rendah dengan 3 perwakilan poli yang hadir dari total 17 poli yang ada atau sekitar 17,64% kehadiran. Secara umum fasilitas sarana prasarana yang disiapkan oleh rumah sakit untuk mencapai penyelenggaraan rekam medis elektronik secara penuh di RSUD Haji Makassar sudah cukup memadai. Hal yang perlu diperhatikan kemudian adalah SDM yang berperan sebagai pengguna (*user*) dari aplikasi RME untuk menggunakannya. Penyelenggaraan RME setempat berlangsung dengan dua cara yakni manual dan elektronik sehingga hal ini membuat bertambahnya beban kerja dari beban yang seharusnya.

Penerapan Rekam Medis Elektronik secara penuh menjadi strategi yang dapat diterapkan rumah sakit secara maksimal untuk mengatasi permasalahan ketidaklengkapan dan pengembalian berkas rekam medis. Penerapan RME akan memudahkan rumah sakit dalam alur proses mulai dari memasukkan data, mengolah, hingga menyajikan data dengan menggunakan komputer. Keberhasilan penerapan Rekam Medis Elektronik

dapat dicapai jika tenaga kesehatan yang bertugas mengisi rekam medis sudah menunjukkan kesiapan. Kesiapan tersebut dapat dilihat dari aspek teori dan praktik untuk beralih dari *paper-based* menuju *computer-based*.

Peralihan budaya dari manual ke elektronik pada sistem fasilitas kesehatan di rumah sakit memerlukan adanya kesiapan yang matang. Untuk melakukan perubahan, individu dalam sebuah organisasi wajib memiliki *Readiness for Change* (Weiner, 2009). *Readiness for Change* atau kesiapan untuk berubah adalah kondisi yang melibatkan adanya perubahan dari aspek kognisi individu dalam organisasi (Armenakis dkk., 1993). Menurut Riddell & Roisland (2017), *Readiness for Change* merupakan keadaan psikologis yang merujuk kepada sikap, keyakinan, dan niat dalam menghadapi perubahan.

Penelitian sebelumnya telah membuktikan bahwa *readiness for change* berkontribusi terhadap keberhasilan implementasi dari perubahan yang dilakukan organisasi (Armenakis dkk., 1993). Hal ini sejalan dengan temuan Shirazi dkk., (2008) bahwa individu dengan *readiness for change* dapat dilibatkan dan diarahkan untuk ikut serta dalam perubahan yang akan dilakukan. *Readiness for change* dapat dihubungkan oleh berbagai faktor. Secara khusus, faktor-faktor yang berhubungan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi RME antara lain jenis kelamin, umur, pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, *awareness*, literasi komputer, dukungan manajemen, pengalaman, penggunaan komputer, dan akses internet (Awol dkk., 2020; Ngusie dkk., 2022).

Variabel umur, jenis kelamin, profesi, pendidikan, masa kerja, literasi komputer, fasilitas komputer, pengetahuan tentang RME, dan sikap terhadap RME merupakan variabel yang digunakan dalam beberapa penelitian rujukan dari luar negeri terkhusus negara-negara berkembang dan menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik.

Tenaga kesehatan dengan umur lebih muda cenderung memiliki interaksi yang intensif dengan teknologi (Abdulai & Adam, 2020; Ngusie dkk., 2022) sehingga tingkat kesiapan dalam menggunakan RME lebih baik. Faktor jenis kelamin menunjukkan intensitas keterpaparan laki-laki yang lebih tinggi dalam menggunakan komputer berhubungan terhadap kesiapannya terhadap RME (Biruk dkk., 2014). Profesi tenaga kesehatan yang berbeda berhubungan dengan kesiapan terhadap RME (Hwang dkk., 2019). Faktor tingkatan pendidikan berhubungan dengan pengetahuan sehingga tenaga kesehatan dengan pendidikan tinggi memiliki tingkat kesiapan terhadap RME lebih tinggi pula sedang (Oo dkk., 2021). Lama masa kerja juga menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan kesiapan untuk berubah proses dan alur kerja dari manual ke elektronik (RME). Semakin lama bekerja, pemahaman terkait kebutuhan menggunakan RME semakin baik sehingga kesiapannya juga lebih baik (Awol dkk., 2020).

Adanya literasi komputer pada tenaga kesehatan memberikan hubungan yang signifikan terhadap kesiapannya dalam menggunakan RME

(Ngusie dkk., 2022). Komputer sebagai fasilitas yang menunjang penyelenggaraan RME juga menjadi faktor yang berhubungan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam penggunaannya (Biruk dkk., 2014). Faktor adanya pengetahuan yang baik tentang RME juga menjadi pendorong kesiapan tenaga kesehatan dalam menggunakan RME (Abdulai & Adam, 2020; Awol dkk., 2020). Sikap yang positif terhadap penerapan RME juga menjadi faktor yang berhubungan dengan kesiapan tenaga kesehatan (Awol dkk., 2020).

Berdasarkan pertimbangan faktor-faktor yang dijadikan sebagai variabel masalah dalam penelitian terdahulu dan hasil observasi maupun wawancara mengenai faktor SDM yang berhubungan dengan penerapan RME di RSUD Haji Makassar, maka penelitian ini bermaksud menjelaskan terkait Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik di RSUD Haji Makassar yang diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi manajemen dalam mengoptimalkan penerapan RME di RSUD Haji Makassar.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan fakta masalah yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah:

1. Apakah ada hubungan umur dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?

2. Apakah ada hubungan jenis kelamin dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?
3. Apakah ada hubungan profesi dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?
4. Apakah ada hubungan pendidikan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?
5. Apakah ada hubungan masa kerja dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?
6. Apakah ada hubungan fasilitas komputer dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?
7. Apakah ada hubungan literasi komputer dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?
8. Apakah ada hubungan pengetahuan tentang RME dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?

9. Apakah ada hubungan sikap terhadap RME dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan umur dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- b. Mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- c. Mengetahui hubungan profesi dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- d. Mengetahui hubungan pendidikan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar

- e. Mengetahui hubungan masa kerja dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- f. Mengetahui hubungan fasilitas komputer dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- g. Mengetahui hubungan literasi komputer dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- h. Mengetahui hubungan pengetahuan tentang RME dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- i. Mengetahui hubungan sikap terhadap RME dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dalam bidang manajemen informasi kesehatan khususnya terkait kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit.

2. Manfaat Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan bagi manajemen di RSUD Haji Makassar dalam pengambilan keputusan untuk mengoptimalkan implementasi Rekam Medis Elektronik ke depannya.

3. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan terkait hubungan antara kesiapan tenaga kesehatan dengan implementasi Rekam Medis Elektronik di rumah sakit dan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Implementasi Rekam Medis Elektronik yang belum menyeluruh bahkan belum diterapkan di Rumah Sakit menjadi salah satu penyebab rendahnya kualitas pelayanan rekam medik baik rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat. Karakteristik demografi dari individu serta pengetahuan tentang Rekam Medis Elektronik memberikan hubungan yang signifikan terhadap kesiapan tenaga kesehatan dalam penerapan Rekam Medis Elektronik. Penyebab ini perlu diteliti lebih lanjut untuk memastikan efektivitas penerapan Rekam Medis Elektronik. Berikut merupakan hasil studi literatur terkait variabel yang akan diteliti yaitu karakteristik demografi, literasi komputer, fasilitas komputer, pengetahuan tentang Rekam Medis Elektronik, sikap, dan kesiapan tenaga kesehatan.

2.1 Karakteristik Demografi

Pada lingkup fasilitas pelayanan kesehatan, terutama Rumah Sakit dengan sifatnya yakni padat SDM dan padat profesi memberikan adanya keberagaman dari segi karakteristik demografi. Karakteristik demografi adalah ciri yang memberikan adanya perbedaan antar individu, kelompok, maupun organisasi.

Menurut Abdulai & Adam, (2020), karakteristik demografi meliputi ciri yang menggambarkan perbedaan tenaga kesehatan berdasarkan umur, jenis kelamin, profesi, pendidikan, dan masa kerja. Perbedaan karakteristik ini

memberikan adanya respon yang juga berbeda pada tiap individu dalam menghadapi situasi yang sama.

1. Umur

Umur merupakan rentang atau lama waktu hidup sejak dilahirkan (KBBI). Menurut Sopiah (2008), umur menjadi salah satu faktor yang menentukan perilaku individu. Perilaku ini dapat digambarkan dalam buku tentang Perilaku Organisasional yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif antara umur dengan tingkat keluar masuknya pegawai, produktivitas, dan kepuasan kerja (Ardana dkk., 2009).

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan perbedaan seksual atau secara biologis yang didapat sejak lahir yang dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan (Hungu, 2016). Perbedaan jenis kelamin menunjukkan adanya perbedaan pada cara interaksi dan adaptasi dengan lingkungan sekitar. Perbedaan ini dapat dipengaruhi oleh faktor biologis dan sosial. Penelitian terdahulu membuktikan bahwa tingginya kadar androgen prenatal pada perempuan dapat meningkatkan preferensi terhadap mainan laki-laki yang bersifat maskulin. Hal ini dikarenakan mainan atau benda tersebut lebih berkaitan erat dengan permainan khas laki-laki. Kadar androgen prenatal ini yang memengaruhi struktur dan fungsi sistem otak yang berfungsi untuk mengenali dan membedakan suatu objek dengan yang lainnya (Hines & Kauanan, 1994).

Faktor sosial menjadi faktor kedua yang memengaruhi perbedaan persepsi, preferensi, dan perilaku laki-laki dan perempuan terhadap suatu hal. Faktor ini seringkali dianggap sebagai sebab utama yang menjadikan seseorang menilai label jenis kelaminnya atau *gender*. Padahal, biologis yang berperan utama dalam pembentukan identitas jenis kelamin dan peran *gender* dalam kehidupan sosialnya (Brien & Huston, 1985; A. Campbell dkk., 2000; Serbin dkk., 2001).

Perbedaan jenis kelamin ini juga memengaruhi perbedaan dalam kemampuan visual di mana laki-laki menunjukkan ketertarikan yang lebih pada benda yang bergerak dan lokasi sedangkan perempuan lebih kepada bentuk dan warna. Perempuan menyukai warna-warna hangat seperti merah muda dan merah dibandingkan warna-warna dingin seperti biru dan hijau (Minamoto, 1985).

Perbedaan preferensi pada laki-laki dan perempuan ini dikarenakan efisiensi proses yang melibatkan dua jalur visual. Pada manusia dan primata, menunjukkan dua jalur atau pemrosesan yang berbeda secara anatomi, fisiologi, dan perilaku yang berasal dari *Magnocellular* (M) dan *Parvocellular* (P) pada sel ganglion retina yang berfungsi untuk menafsirkan pesan dari bagian batang dan kerucut kemudian mengirimkan informasi ke otak (*frontal cortex*) melalui saraf optik (Kastner & Ungerleider, 2000; Ungerleider & Mishkin, 1982).

Sel P berfungsi dalam mengenali benda, mengidentifikasi pola warna, merah-hijau bukan biru-kuning. Ukuran sel ini lebih kecil dibandingkan sel M, yang berperan dalam aspek ketajaman visual dan spasial, kemampuan analisis yang detil pada bentuk, ukuran, dan warna (Hendry & Reid, 2000). Sel M dapat mengidentifikasi dan mendeteksi unsur-unsur pergerakan seperti lokasi, kecepatan, dan arah benda yang bergerak. Penelitian terdahulu membuktikan bahwa retina yang merupakan tempat sel ganglion P dan M berada tikus jantan lebih tebal dibandingkan perempuan. Kadar hormon androgen yang tinggi pada tikus betina ini dapat meningkatkan maskulinitas sehingga mengubah struktur dan perkembangan pada otak dan ini berhubungan dengan jalur visual yang dapat meningkatkan kemampuan *visuospasial* (Salyer dkk., 2001).

3. Profesi

Kata profesi biasanya seringkali merujuk kepada suatu pekerjaan tetap yang dilakukan oleh seseorang. Menurut KBBI, profesi secara definisi diartikan sebagai pekerjaan yang membutuhkan keahlian atau keterampilan tertentu. Pekerjaan yang dilakukan dapat dilandasi oleh beragam tujuan, namun salah satu tujuan utamanya adalah untuk mendapatkan nafkah dalam memenuhi kehidupan seseorang.

4. Pendidikan

Pendidikan menurut Lestari Widi, (2011) adalah suatu kegiatan seseorang dalam mengembangkan kemampuan, sikap, dan bentuk tingkah

laku baik untuk kehidupan yang akan datang melalui organisasi maupun tidak. Pendidikan dapat ditempuh melalui pendidikan formal maupun pendidikan informal. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, tingkat pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi.

5. Masa kerja

Masa kerja menurut Tarwaka, (2010) didefinisikan sebagai kurun waktu atau lamanya tenaga kerja bekerja di suatu tempat. Masa kerja akan menentukan banyak pengalaman yang didapatkannya. Tingkat kematangan dalam berpikir dan berperilaku dihubungkan oleh pengalaman kehidupan sehari-hari. Sehingga semakin lama masa kerja maka tingkat pemahaman tenaga kerja terhadap lingkungan kerjanya akan lebih baik Sunaryo, (2004).

2.2 Fasilitas Komputer

Segala sesuatu yang mendukung pelaksanaan aktivitas di perusahaan baik dalam bentuk fisik dan dapat digunakan dalam aktivitas normal sebuah perusahaan disebut sebagai fasilitas kerja. Menurut Robertson (2000) dan Roelofsen (2002), fasilitas kerja merupakan alat atau yang dapat membantu pekerja dalam menyelesaikan pekerjaannya. Fasilitas kerja ada dalam suatu perusahaan untuk meningkatkan kesejahteraan pekerja melalui dukungan sarana yang membantu penyelesaian tugas (Pratiwi dkk., 2019).

Fasilitas komputer mengacu kepada ketersediaan sarana atau wadah komputer yang dapat menunjang profesi sehari-hari. Komputer sebagai

teknologi informasi dalam penelitian-penelitian terdahulu telah membuktikan bahwa dapat memberikan kontribusi terhadap kinerja dan produktivitas suatu organisasi (Rai dkk., 1997).

2.3 Literasi Komputer

Literasi komputer didefinisikan sebagai pengetahuan tentang teknologi atau komputer dalam kemampuan untuk memperoleh, mengkomunikasikan, memproses, dan memahami informasi kesehatan dasar dalam membuat keputusan yang tepat (*Service ET, 2002*). Pengukuran terhadap variabel literasi komputer dapat dilakukan dengan melihat kemampuan seseorang dalam mengoperasikan komputer.

2.4 Pengetahuan tentang Rekam Medis Elektronik

Pengetahuan menurut Notoatmodjo merupakan *output* dari pengindraan yang dilakukan terhadap suatu objek. Pengindraan yang dimaksud terjadi melalui kelima panca indra yakni indra pendengaran, indra penglihatan, indra penciuman, indra perasa, dan indra peraba (Notoatmodjo, 2012 dalam Ridwan dkk., 2021).

Menurut Notoatmodjo (2012) terdapat enam tingkatan pengetahuan yaitu:

1. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah yang ditandai dengan kemampuan mengingat materi yang sudah dipelajari yang diukur

dengan penggunaan kata menyebutkan, mendefinisikan, dan menguraikan.

2. Memahami adalah tingkatan setelah seseorang mengetahui tentang suatu materi kemudian dapat dijelaskan kembali dan diinterpretasikannya dengan benar terkait apa yang diketahui.
3. Aplikasi merupakan tingkatan pengetahuan yang dilihat dengan adanya kemampuan seseorang dalam menggunakan atau menerapkan materi yang telah dipelajari.
4. Analisis adalah tingkatan pengetahuan di mana seseorang memiliki kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tertentu.
5. Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi adalah tingkatan pengetahuan tertinggi di mana seseorang memiliki kemampuan untuk melakukan penelitian terhadap suatu materi atau objek berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Setelah orang mendapatkan pengetahuan, selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap yang diketahuinya itu.

Pengetahuan tentang Rekam Medis Elektronik dapat didefinisikan sebagai informasi mengenai RME yang dimiliki dan didapatkan melalui proses belajar baik dari pengalaman, pelatihan, maupun pendidikan. Tenaga

kesehatan seperti petugas rekam medis yang memiliki pengetahuan akan berhubungan dengan pendayagunaan dan informasi dalam aktivitas penyimpanan rekam medis, pengembangan, dan peningkatan kinerja para petugas di bagian penyimpanan berkas rekam medis (Ritonga, 2016). Pengetahuan tentang Rekam Medis Elektronik (RME) meliputi pengetahuan tentang rekam elektronik yang berkaitan dengan informasi kesehatan pasien yang dapat dibuat, dikumpulkan, dikelola, dan dikonsultasikan oleh pemberi pelayanan kesehatan dalam fasilitas pelayanan kesehatan (Oo dkk., 2021).

2.5 Sikap terhadap Rekam Medis Elektronik

Sikap menurut Alisuf (2010) didefinisikan sebagai sebuah kecenderungan dalam memandang dan mengekspresikan suatu hal dengan bentuk suka atau tidak suka. Sikap menjadi salah satu faktor yang menentukan tindakan seseorang, di samping faktor lainnya yaitu keyakinan dan lingkungan sekitar (Zuchdi, 1995). Dapat dikatakan bahwa sikap merupakan kecenderungan seseorang dalam merespons suatu hal yang kemudian dapat memengaruhi perilakunya secara langsung di samping faktor keyakinan dan lingkungan.

Sikap dalam prosesnya memiliki beberapa tahapan sebagaimana yang dikemukakan oleh Budiman & Riyanto (2013) yaitu menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valving*), dan tanggungjawab (*responsible*). Melihat dari segi proses perubahan sikap menurut Notoatmodjo (2010), sangat tergantung dari proses yaitu:

1) Pembentukan Sikap

Sikap dapat dibentuk melalui aktivitas individu dan keterlibatannya dalam lingkup sosial. Hal ini dapat dibuktikan melalui teori Albert Bandura yakni Sosial Kognitif, di mana sebuah persepsi itu akan terbentuk dan memengaruhi sikap seseorang dalam mengekspresikan perasaannya terhadap suatu hal yang didapat dari lingkungan sekitarnya. Proses sosial yang dilakukan secara terus menerus antar individu dapat menumbuhkan sikap positif ataupun negatif terhadap suatu hal sehingga dapat dinilai bahwa hubungan sosial dapat membentuk sikap seseorang.

2) Perubahan Sikap

Terdapat beberapa faktor yang mampu memengaruhi perubahan sikap antara lain sebagai berikut:

- a. Informasi baru. Adanya informasi baru yang diterima oleh seseorang dapat membentuk sisi kognitifnya yakni pengetahuan faktual yang berdasar empiris. Ketika sisi kognitif berubah, maka sisi komponen efektif dan konatif dalam sikap seseorang juga mengalami perubahan.
- b. Pengalaman. Seseorang dapat belajar dan menilai suatu hal dengan objektif ketika dirinya sudah merasakan secara langsung hal tersebut. Pengalaman langsung yang didapatkan dan dirasakan oleh individu ini terbukti dapat mengubah sikapnya dalam menilai suatu hal.

- c. Hasil yang didapat. Sebuah organisasi dapat mengubah sikap karyawannya dengan cara memberlakukan sistem *reward* dan *punishment* di mana yang menunjukkan kecenderungan positif akan mendapatkan imbalan dan yang negatif akan mendapatkan hukuman.

Sikap terhadap penerapan Rekam Medis Elektronik merujuk kepada perasaan ataupun keyakinan tenaga kesehatan terhadap penerapan dan penggunaan Rekam Medis Elektronik. Sikap tersebut dapat diklasifikasikan menjadi dua yakni sikap positif dan sikap negatif. Pada sikap positif, seseorang cenderung untuk bertindak dengan cara mendekati, menyenangkan, dan mengharapkan objek tertentu. Sikap negatif yakni sebaliknya, dengan menunjukkan ketidaksukaan dan menjauh dari objek tertentu (Sarwono, 1976).

2.6 Rekam Medis Elektronik

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik didefinisikan sebagai dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dengan menggunakan sistem elektronik. Penyelenggaraan rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan dimulai sejak pasien datang, menerima pengobatan, sampai pasien pulang.

Adanya Rekam Medis Elektronik memberikan kemudahan bagi rumah sakit untuk mengelola data dan informasi medis pasien, alur pelayanan

menjadi lebih singkat dengan pencarian berkas rekam medis lebih cepat dan tepat, serta data yang dapat diakses dengan mudah tiap waktu (WHO, 2006). Adanya perkembangan teknologi digital dalam masyarakat yang mengakibatkan perubahan dalam ranah digitalisasi pelayanan kesehatan sehingga hal ini yang mendorong disahkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis dan lebih khusus memuat mengenai Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik.

Rekam medis adalah komponen penting dalam manajemen pelayanan kesehatan bagi pasien dan dapat menjadi alat untuk mengkomunikasikan informasi pada tiap tenaga kesehatan yang terlibat dengan pasien bersangkutan (WHO, 1980). Penyelenggaraan rekam medis menjadi kewajiban bagi setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Adapun tujuan adanya pengaturan rekam medis menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 antara lain yakni (a) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, (b) memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis, (c) menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis, dan (d) mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

Rekam medis utamanya digunakan sebagai aspek medis yakni keperluan pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien. Manfaat lainnya dari

rekam medis yang dicantumkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis, antara lain:

- a. Aspek Administrasi: Rekam medis mempunyai aspek administrasi sebab isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab bagi tenaga kesehatan.
- b. Aspek Medis: Rekam medis mempunyai nilai medis karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan dan perawatan yang diberikan.
- c. Aspek Hukum: Rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam usaha menegakkan hukum serta bukti menegakkan keadilan.
- d. Aspek Keuangan: Rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan pembayaran biaya pelayanan kesehatan.
- e. Aspek Penelitian: Rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena mengandung data atau informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
- f. Aspek Dokumentasi: Rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena merupakan sumber yang harus didokumentasikan yang dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

Penerapan Rekam Medis Elektronik yang optimal di rumah sakit dapat memberikan manfaat bagi rumah sakit dan pemerintah itu sendiri. Rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanan dengan memenuhi tingkat kepuasan pasien. Teori mutu oleh Donabedian (1980) mengklasifikasikan pendekatan evaluasi mutu dari aspek input, proses, *output*, dan *outcome*. Kesiapan tenaga kesehatan dalam menerapkan Rekam Medis Elektronik termasuk dalam aspek input. Aspek ini merujuk pada segala sumber daya yang diperlukan termasuk tenaga kesehatan yang menjadi penyelenggara pelayanan kesehatan di rumah sakit. Ketika input sudah menunjukkan kesiapan maka pelaksanaan pelayanan kesehatan juga akan berjalan dengan optimal.

2.7 Kesiapan pada Tenaga Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang dihadapkan pada permasalahan tingkat penerapan Rekam Medis Elektronik diakibatkan oleh rendahnya kesiapan tenaga kesehatan terutama pada dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Kesiapan atau *Readiness* didefinisikan sebagai kondisi siap menerima segala perubahan. Kesiapan dalam menghadapi perubahan pada intinya melibatkan perubahan dari kognisi individu (Bandura, 1982; Fishbein & Azjen, 1975 dalam Armenakis dkk., 1993). Kognisi menurut Matlin, MW., merupakan aktivitas mental yang mencakup kegiatan memperoleh, menyimpan, mencari, dan menggunakan ilmu pengetahuan. Jadi hubungan

linier antara kognisi dengan kesiapan adalah perubahan kognisi dapat menyebabkan perubahan aspek kesiapan pada individu.

Pada kerangka berpikir yang dikembangkan oleh Jennett, dkk., pada penelitiannya yang melihat kesiapan penggunaan *telehealth* pada kelompok pasien, praktisi, organisasi, dan publik dikatakan bahwa terdapat empat dimensi dalam mengukur kesiapan untuk menggunakan produk kesehatan berbasis teknologi (*telehealth*) antara lain *core readiness*, *engagement*, *structural readiness*, dan *non-readiness* (Jennett dkk., 2005).

- A. *Core Readiness*: Kesiapan ini didefinisikan sebagai kesadaran akan kebutuhan dan mengungkapkan ketidakpuasan pada situasi dan kondisi yang ada.
- B. *Engagement Readiness*: Kesiapan dari segi *engagement* yang melihat keterlibatan aktif orang-orang dalam membangun gagasan penggunaan produk kesehatan (*telehealth*). Pada dimensi ini, individu akan mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari penggunaan teknologi, menilai risiko, dan mempertanyakan *telehealth* sebagai solusi.
- C. *Structural Readiness*: Jenis kesiapan lain yang berfokus pada pembentukan struktur yang efisien sebagai dasar kesuksesan produk *e-health* dalam suatu organisasi yang mencakup manusia, teknis, pelatihan, kebijakan, dan pembiayaan.
- D. *Non-Readiness*: Ketidaksiapan menjadi salah satu dimensi yang juga diukur dengan melihat rendahnya tingkat kebutuhan atau kegagalan

dalam mengenali kebutuhan untuk berubah dalam implementasi teknologi *telehealth*.

Penilaian kesiapan menjadi solusi untuk melaksanakan implementasi RME yang efektif dengan menggambarkan kondisi yang ada dan kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan serta tenaga kesehatan pada sistem yang baru (Mauco dkk., 2016, 2020). Kerangka kerja (*framework*) sebelumnya mengkonseptualisasikan kesiapan pemberi pelayanan kesehatan sebagai salah satu jenis kesiapan *e-health* yang merupakan penggabungan *core readiness* dan *engagement readiness* (Gallego dkk., 2010; Gholamhosseini & Ayatollahi, 2017; Kabukye dkk., 2020; Mauco dkk., 2019, 2020). Pada kerangka kerja yang dikembangkan (Li dkk., 2010) yakni EHRAF (*E-Health Readiness Assessment Framework*), tenaga pemberi pelayanan kesehatan dikatakan harus memiliki keseluruhan kesiapan (*overall readiness*) atau memiliki *core readiness* dan *engagement readiness*. Kedua dimensi tersebut dinilai sudah dapat menggambarkan tingkat kesiapan secara menyeluruh.

Pada setiap proses implementasi sistem yang baru pada sebuah organisasi, hal pertama yang dilakukan oleh manajemen adalah mengidentifikasi kesiapan dari segi *software*, *hardware*, dan *brainware*. Faktor yang kemudian memberikan pengaruh yang besar terhadap keberhasilan penerapan sistem baru adalah *brainware*. *Brainware* didefinisikan sebagai pelaku yang menggunakan *software* dan *hardware*. Ketika *software* dan *hardware* sudah siap digunakan, *brainware* atau dengan

kata lain *user* harus menunjukkan respon yang positif yakni penerimaan dan kesediaan untuk menggunakan teknologi tersebut.

2.8 Rumah Sakit

A. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan fasilitas pemberi pelayanan kesehatan yang memiliki kompleksitas yang tinggi. Kompleksitas yang dimaksud mencakup padat profesi, padat teknologi, padat karya, dan padat modal. Keberagaman dan kepadatan tersebut yang menjadikan rumah sakit sebagai sebuah organisasi yang unik dalam penyelenggaraannya.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mendefinisikan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Perawatan paliatif adalah pendekatan dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien sekaligus keluarga dalam menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa dan progresif seperti pasien alzheimer, HIV/AIDS, diabetes, dan kanker stadium lanjut.

Rumah sakit menurut WHO adalah suatu bagian menyeluruh dari organisasi dan medis yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif, di mana produk layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan.

B. Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi antara lain sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

C. Bentuk dan Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit mengelompokkan rumah sakit berdasarkan bentuk dan jenis pelayanannya yang terbagi atas tiga yakni :

1. Rumah Sakit statis yaitu rumah sakit yang didirikan di suatu lokasi dan bersifat permanen untuk jangka waktu lama dalam menyelenggarakan

pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan.

2. Rumah Sakit bergerak merupakan rumah sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain. Rumah Sakit bergerak dapat berbentuk bus, pesawat, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau kontainer.
3. Rumah Sakit lapangan merupakan rumah sakit yang didirikan di lokasi tertentu dan bersifat sementara selama kondisi darurat dan masa tanggap darurat bencana, atau selama pelaksanaan kegiatan tertentu. Rumah Sakit lapangan dapat berbentuk tenda, kontainer, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai Rumah Sakit.

Berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit terbagi atas dua yakni :

1. Rumah Sakit Umum yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
2. Rumah Sakit Khusus Rumah Sakit Khusus merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

D. Perbedaan Rumah Sakit dan Puskesmas

Rumah Sakit merupakan organisasi yang memberikan fasilitas pelayanan kesehatan pada perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Puskesmas atau Pusat

Pelayanan Kesehatan Masyarakat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat mendefinisikan Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Perbedaan mendasar dari Rumah Sakit dan Puskesmas adalah orientasi Rumah Sakit adalah memulihkan kesehatan pasien sementara Puskesmas mengutamakan penyelenggaraan upaya-upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan pada masyarakat dan perorangan agar terhindar dari penyakit. Sasaran dari rumah sakit adalah perorangan atau individu, sementara puskesmas melayani baik individu dan masyarakat secara umum.

Lingkup kerja rumah sakit dan puskesmas juga menunjukkan perbedaan, di mana puskesmas dibangun di lingkup kerja pada cakupan Kecamatan, sementara rumah sakit didirikan untuk menjangkau semua lapisan masyarakat dan didasarkan oleh kebutuhan pelayanan di daerah tersebut.

2.9 Hubungan Karakteristik Demografi dan Kesiapan Tenaga Kesehatan

1. Umur

Penelitian yang dilakukan di Ghana dan Ethiopia pada menunjukkan tenaga kesehatan yang berumur <30 tahun lebih siap untuk menggunakan RME dibandingkan yang berumur >30 tahun. Hal ini dikarenakan tenaga

kesehatan dengan umur lebih muda cenderung memiliki interaksi yang intensif dengan teknologi (Abdulai & Adam, 2020; Ngusie dkk., 2022).

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin (*gender*) dan teknologi menjadi satu di antara isu penting yang dihadapi perempuan pada masa kini. Penelitian telah membuktikan bahwa perempuan berkontribusi terhadap rendahnya kesiapan teknologi (Jacobs dkk., 2019). Temuan ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menunjukkan tenaga kesehatan laki-laki 2x lebih menerima Teknologi Informasi Kesehatan (TIS) seperti RME dibandingkan perempuan (Biruk dkk., 2014).

3. Profesi

Spesialisasi dan kompetensi yang berbeda ditunjukkan melalui profesi berbeda. Profesi yang berbeda-beda dalam lingkup sistem pelayanan kesehatan menunjukkan sikap yang berbeda pula dalam menghadapi berbagai permasalahan dan perubahan yang ada. Dokter sebagai profesi tenaga kesehatan dikatakan memiliki pengaruh atau hubungan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi rekam medis elektronik di rumah sakit (Hwang dkk., 2019).

4. Pendidikan

Tingkat pendidikan berhubungan secara langsung dengan pengetahuan. Penelitian yang dilakukan pada tenaga kesehatan menunjukkan mayoritas dokter (64,1%) memiliki tingkat pengetahuan sedang terhadap RME.

Sebagian besar tenaga kesehatan sejumlah 65.2% dengan latar belakang pendidikan magister (*postgraduate*) memiliki tingkat pengetahuan RME pada rentang sedang (Oo dkk., 2021).

5. Masa kerja

Pada penelitian yang dilakukan di empat Rumah Sakit besar Ethiopia menunjukkan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan dengan masa kerja > 5 tahun siap untuk menggunakan RME sebanyak 64,1% dibandingkan tenaga dengan masa kerja < 2 tahun (Awol dkk., 2020).

2.10 Hubungan Fasilitas Komputer dan Kesiapan Tenaga Kesehatan

Ketersediaan komputer di tempat kerja dan di rumah berhubungan secara langsung dengan persepsi atau pandangan tenaga kesehatan terhadap sistem penggunaan komputer sehingga hal ini yang memberikan kesiapan dalam diri tenaga kesehatan untuk menggunakan sistem rekam medis berbasis elektronik atau Rekam Medis Elektronik (Biruk dkk., 2014).

2.11 Hubungan Literasi Komputer dan Kesiapan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dengan tingkat literasi komputer yang baik dikatakan menjadi peran penting dalam kesiapan menggunakan RME di fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini dikarenakan oleh adanya kemampuan dalam menyelesaikan profesi menggunakan teknologi komputer pada kesehariannya membantu tenaga kesehatan untuk lebih mudah dan terbuka dalam menggunakan RME ke depannya (Ngusie dkk., 2022).

2.12 Hubungan Pengetahuan dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan

Pengetahuan tentang RME beberapa penelitian disebutkan berhubungan dengan kesiapan pada tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan dengan pengetahuan yang baik tentang RME memiliki kesiapan untuk menggunakan RME dikarenakan adanya kecenderungan melihat manfaat dari penggunaan teknologi dan tingkat kesadaran (*awareness*) terhadap kekurangan dari sistem manual berbasis kertas (Biruk dkk., 2014; Oo dkk., 2021).

Dengan adanya pengetahuan tentang RME, tenaga kesehatan cenderung lebih siap dalam menghadapi perubahan pada sistem penyelenggaraan rekam medis. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian lainnya (Abdulai & Adam, 2020; Awol dkk., 2020). Adanya kebaruan atau inovasi dalam sebuah organisasi tergantung pada aspek pengelolaan pengetahuan mengenai ketersediaan pengetahuan yang diciptakan, didapat, dan dikelola (Zailani & Kurniasari, 2022). Teori Nonaka & Takeuchi, (1995) menegaskan bahwa pengetahuan yang didapat oleh individu disebut sebagai pengetahuan yang tidak tampak atau implisit. Pengetahuan implisit ini harus dikelola dan dibagikan kepada orang lain untuk memberikan manfaat bagi organisasi secara umum. Akuisisi pengetahuan dan diseminasi pengetahuan ditemukan berpengaruh terhadap inovasi (Darroch, 2003, 2015).

Individu yang mendapatkan pengetahuan maupun melakukan diseminasi pengetahuan dalam sebuah organisasi dapat meningkatkan

pengetahuannya dan peningkatan ini dapat mengubah persepsinya mengenai suatu hal. Individu dengan posisi yang lebih tinggi seperti pemilik atau manager berperan penting dalam proses diseminasi pengetahuan. Dikarenakan memiliki kontrol yang tinggi dan pengaruh besar untuk memotivasi karyawan dalam mencapai tujuan organisasi, mereka dapat memanfaatkan pengetahuannya dengan disebarkan kepada yang lain (Gibson dkk., 2009).

2.13 Hubungan Sikap dengan Kesiapan Tenaga Kesehatan

Penelitian yang dilakukan pada 4 rumah sakit besar di Ethiopia menunjukkan bahwa tenaga kesehatan dengan sikap yang positif terhadap sistem rekam medis elektronik 63% lebih siap untuk menggunakan rekam medis elektronik dibandingkan tenaga kesehatan yang memiliki sikap negatif (Awol dkk., 2020). Temuan dengan hasil serupa juga dibuktikan pada penelitian oleh Ngusie dkk., (2022) yakni adanya sikap positif tenaga kesehatan memiliki hubungan dengan kesiapan dalam penerapan rekam medis elektronik.

2.14 Matriks Penelitian

Tabel 2.1 Matriks Penelitian Terdahulu

NO.	JUDUL PENELITIAN	VARIABEL	SAMPEL	METODE	HASIL
1.	<i>Health Professionals' readiness to implement electronic medical record system at three hospitals in Ethiopia: a cross sectional study</i> oleh Biruk dkk., (2014)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karakteristik sosial-demografi: jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, profesi, pendapatan, masa kerja, literasi komputer, akses komputer di tempat kerja dan di rumah 2. Perilaku (pengetahuan dan sikap) 3. <i>Core Readiness</i> 4. <i>Engagement Readiness</i> 	Sampel penelitian adalah 606 orang tenaga kesehatan pada tiga RS di Ethiopia bagian utara	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian kualitatif desain <i>cross sectional</i> 2. Pengumpulan data dengan kuesioner 3. Analisis data dengan menggunakan regresi logistik berganda 	Dari keseluruhan responden, 54,1% di antaranya sudah siap dalam menggunakan RME. Pengetahuan dan sikap terhadap RME juga sudah baik dengan persentase 71,3% dan 54,6%. Adapun determinan kesiapan dalam menggunakan RME antara lain jenis kelamin, sikap, pengetahuan, dan literasi komputer
2.	<i>Health Professionals'</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosial-demografi: jenis kelamin, 	Sampel penelitian adalah 414 orang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian kuantitatif- kualitatif; 	Lebih dari setengah pemberi pelayanan

NO.	JUDUL PENELITIAN	VARIABEL	SAMPEL	METODE	HASIL
	<i>Readiness and Its Associated Factors to Implement Electronic Medical Record System in Four Selected Primary Hospitals in Ethiopia</i> oleh Awol dkk., (2020)	<ul style="list-style-type: none"> umur, pendidikan, profesi, pengalaman bekerja, dan masa kerja 2. Perilaku 3. Teknis dan Organisasi: Adanya komputer di tempat kerja, internet di tempat kerja, adanya PC, literasi komputer, pengalaman RME, dan pelatihan RME 	pemberi pelayanan kesehatan pada empat RS di Ethiopia	<ul style="list-style-type: none"> desain <i>cross sectional</i> 2. Pengumpulan data dengan survei dan wawancara mendalam 3. Analisis data kuantitatif menggunakan regresi logistik berganda dan <i>thematic analysis</i> untuk data kualitatif 	kesehatan (62,3%) sudah siap untuk menggunakan RME. Faktor determinan kesiapan RME antara lain pengetahuan tentang RME, sikap, literasi komputer, dan pelatihan RME
3.	<i>Health providers' readiness for electronic health records adoption: A cross-sectional study of two hospitals in northern Ghana</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Karakteristik demografi 2. Pengetahuan RME 3. Teknis dan Organisasi 4. Kesiapan : <i>core readiness</i> dan 	Sampel penelitian adalah 350 orang pemberi pelayanan kesehatan di Ghana bagian utara	<ul style="list-style-type: none"> 1. Penelitian kualitatif dengan desain <i>cross sectional</i> 2. Pengumpulan data dengan survei (wawancara) 3. Analisis data dengan <i>pearson correlation</i> 	Secara keseluruhan kesiapan (<i>overall readiness</i>) pemberi pelayanan kesehatan 54,9%. Adapun determinan yang signifikan dengan kesiapan antara lain

NO.	JUDUL PENELITIAN	VARIABEL	SAMPEL	METODE	HASIL
	oleh Abdulai & Adam, (2020)	<i>engagement readines</i>		dan regresi linier berganda	umur, jenis kelamin, pekerja lama dibandingkan pekerja baru, literasi komputer, dan pengetahuan tentang RME
4.	<i>Healthcare providers' readiness for electronic health record adoption: a cross-sectional study during pre-implementation phase</i> oleh Ngusie dkk., (2022)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karakteristik sosial-demografi 2. Perilaku dan Teknis 3. Teknologi 4. Organisasi 5. Kesiapan : <i>core readiness</i> dan <i>engagement readines</i> 	Sampel penelitian adalah 423 pemberi pelayanan kesehatan pada RS Umum di Ethiopia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian kualitatif dengan desain <i>cross sectional</i> 2. Pengumpulan data dengan survei (wawancara) 3. Analisis data dengan regresi linier berganda 	Secara keseluruhan kesiapan pemberi pelayanan kesehatan sudah tergolong baik (52,8%). Determinan kesiapan pemberi pelayanan yang signifikan hubungannya antara lain umur, literasi komputer, akses komputer di tempat kerja, sikap terhadap RME, kesadaran akan RME, <i>perceived benefit</i> , <i>perceived technology</i> , dan <i>self-efficacy</i>
5.	<i>The role of self-efficacy, flexibility, and gender in</i>	1. Karakteristik individu: jenis kelamin, usia,	Sampel penelitian adalah 148 mahasiswa farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian kuantitatif 2. Pengumpulan data dengan kuesioner 	Semakin banyak informasi mengenai <i>technology self-efficacy</i> ,

NO.	JUDUL PENELITIAN	VARIABEL	SAMPEL	METODE	HASIL
	<i>pharmacy students' health information technology readiness</i> oleh Jacobs dkk., (2019)	<p>suku, status, asal daerah, dan pendidikan.</p> <p>2. Sikap: <i>computer self-efficacy</i>, fleksibilitas, dan keterbukaan untuk berubah</p> <p>3. Kesiapan teknologi</p>		<p><i>online</i></p> <p>3. Analisis data dengan regresi linier untuk melihat faktor hubungan jenis kelamin, fleksibilitas, keterbukaan, dan <i>technology self-efficacy</i> dengan kesiapan dalam menggunakan TIK</p>	semakin terbuka responden dalam menerima perubahan (dalam akademik/lingkungan kerja) dan laki-laki berhubungan dengan kesiapan penggunaan TIK
6.	<i>Electronic Health Records: Personnel Readiness Assessment</i> oleh Jebraeily dkk., (2010)	<p>1. <i>Skill</i> menggunakan komputer</p> <p>2. Pengetahuan spesifik tentang EHR</p> <p>3. Sikap</p>	Sampel penelitian adalah 120 orang petugas dari RS Pendidikan <i>Tabriz University of Medical Science</i>	<p>1. Penelitian kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i></p> <p>2. Pengumpulan data dengan kuesioner</p> <p>3. Analisis deskriptif dan statistik dengan <i>t-test</i> dan X^2</p>	Kesiapan dari aspek <i>skill</i> komputer, pengetahuan, dan sikap terhadap implementasi EHR secara berturut-turut 2,78, 3,04, dan 3,42. Terdapat korelasi yang positif pada variabel <i>history</i> dan <i>skill</i> komputer ($p=0,0001$), pengetahuan dengan sikap ($p=0,006$), dan profesi dengan sikap ($p=0,003$)

NO.	JUDUL PENELITIAN	VARIABEL	SAMPEL	METODE	HASIL
7.	<i>An empirical investigation of Technology Readiness among medical staff based in Greek hospitals</i> oleh Melas dkk., (2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan komputer 2. Pengetahuan komputer 3. Permintaan fitur komputer 	Sampel penelitian adalah 604 dokter dan perawat yang bekerja pada 14 RS di Yunani	<ol style="list-style-type: none"> A. Penelitian kuantitatif B. Pengumpulan data dengan kuesioner C. Analisis menggunakan <i>cluster analysis</i> yang dikombinasikan ANOVA dan <i>Exploratory Structural Equation Modelling</i> (ESEM) 	Adanya perbedaan statistik pada tingkatan pengetahuan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK), tuntutan fitur TIK, lamanya (jam) penggunaan per minggu serta kinerja TIK, namun tidak dalam penggunaan TIK secara umum
8.	<i>Barriers and facilitators to Electronic Medical Record (EMR) use in an urban slum</i> oleh Jawhari dkk., (2016)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator 2. Hambatan 3. Penggunaan RME 	Sampel penelitian adalah perawat, dokter, dan staf pendukung serta pekerja dengan pengetahuan yang tinggi sebanyak 10 orang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian kualitatif 2. Pengumpulan data dengan wawancara menggunakan kuesioner <i>semi-structured</i> terbuka 3. Analisis dengan <i>content analysis</i> 	Terdapat tiga tema besar yakni sistem (<i>power</i> , jaringan, internet, <i>hardware</i> , interoperabilitas), <i>software</i> (integritas data, kerahasiaan, fungsi), dan faktor sosial (manajemen, pelatihan, insentif).
9.	<i>Information and communication technology literacy, knowledge and</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Literasi TIK 2. Pengetahuan 3. Masa kerja 4. Kesiapan 	Sampel penelitian adalah 18 orang pemberi pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian kuantitatif 2. Pengumpulan data dengan kuesioner 3. Analisis dengan 	Faktor yang berhubungan dengan literasi TIK adalah pengetahuan tentang

NO.	JUDUL PENELITIAN	VARIABEL	SAMPEL	METODE	HASIL
	<i>readiness for electronic medical record system adoption among health professionals in a tertiary hospital, Myanmar: A cross-sectional study</i> oleh Oo dkk., (2021)		kesehatan pada RS besar di Nay Pyi Taw, Myanmar	menggunakan uji <i>chi-square</i> , <i>fisher's exact test</i> , dan regresi logistik	RME, profesi, masa kerja, dan kemampuan berbahasa Inggris. Secara keseluruhan kesiapan implementasi RME 54,2%. Pendidikan dan pengetahuan menjadi faktor penentu kesiapan profesional kesehatan.
10.	<i>Diffusion and Use of Tethered Personal Health Records in Primary Care</i> oleh Vydra dkk., (2015)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan PHR 2. Karakteristik individu yang berhubungan dengan difusi PHR ke pasien 	Sampel kuantitatif dan kualitatif secara berturut-turut sebanyak 89 dan 4 dokter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian kuantitatif-kualitatif 2. Pengumpulan data dengan survei elektronik dan FGD 3. Analisis data kuantitatif dengan menggunakan <i>content analysis</i> 	Rendahnya tingkat penerapan PHR pada pasien disebabkan oleh faktor rendah rekomendasi dari dokter sebagai <i>provider</i> . Faktor tersebut dihubungkan oleh karakteristik demografi dokter meliputi usia, beban kerja, integrasi ke alur proses klinis, dan rendahnya <i>reimbursement</i>

2.15 Kerangka Teori

Penelitian ini mengacu pada kerangka yang dikembangkan oleh Li dkk., (2010) yang dikenal dengan EHRAF. Kerangka kerja yang dikembangkan Li dkk., (2010) yakni EHRAF (*E-Health Readiness Assessment Framework*), dikatakan tenaga pemberi pelayanan kesehatan harus memiliki kesiapan secara menyeluruh (*overall readiness*) untuk mencapai keberhasilan penerapan sistem yang baru di dalam sebuah organisasi. Kesiapan secara menyeluruh (*overall readiness*) yang dimaksud mencakup *core readiness* dan *engagement readiness*. Kedua dimensi tersebut dinilai sudah dapat menggambarkan tingkat kesiapan secara menyeluruh.

Core Readiness atau kesiapan internal merupakan jenis kesiapan yang berfokus pada pembuatan rekam medis, penyimpanan, dan pencarian dokumen dengan sistem rekam medis berbasis kertas. Secara khusus dalam *core readiness* mencakup efisiensi pendokumentasian rekam medis, privasi pasien, tingkat kepuasan tenaga kesehatan terkait kelengkapan dan keakuratan rekam medis kertas, dan kemudahan dalam berbagi informasi rekam medis pasien antar unit/instalasi.

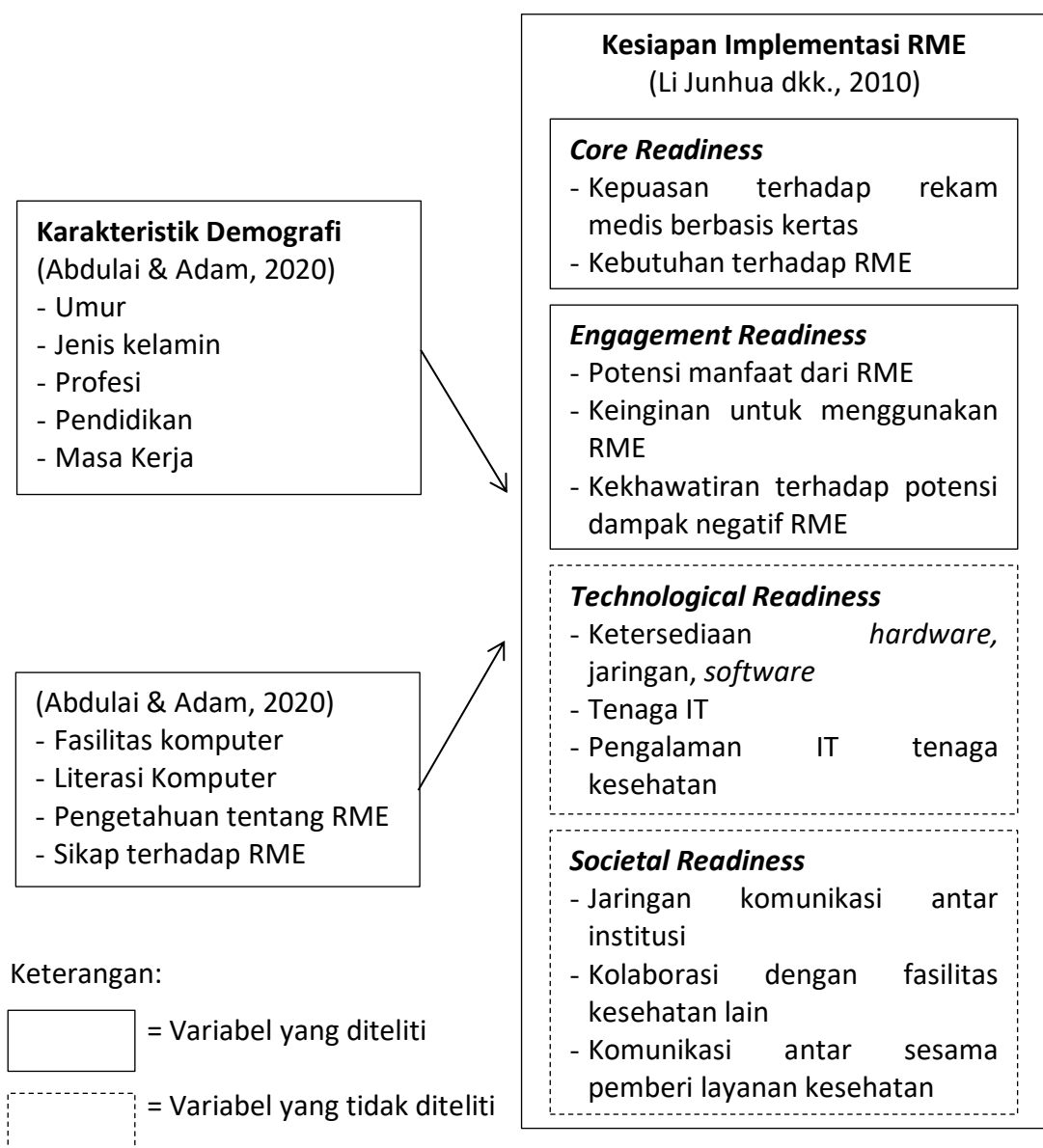
Engagement Readiness atau kesiapan keterlibatan merupakan jenis kesiapan yang menunjukkan keterpaparan penyedia pelayanan kesehatan terhadap sistem rekam medis elektronik dan kesediaan dalam mengikuti pelatihan rekam medis elektronik. Keterpaparan terhadap rekam medis elektronik ini meliputi pengakuan akan manfaat yang didapat dan potensi

dampak negatif yang ditimbulkan. Pada indikator pengakuan terhadap manfaat mencakup efisiensi pendokumentasian rekam medis, perlindungan privasi pasien, penyediaan informasi pasien yang lebih baik dan tepat waktu. Indikator dampak yang berpotensi negatif, mencakup tingginya investasi dan rendahnya *reimbursement*, keterbatasan individu dalam pengetahuan IT, kekhawatiran akan perubahan alur kerja, dan terputusnya komunikasi dan aktivitas berbagi informasi antar muka (Campbell dkk., 2001).

Technological Readiness berfokus pada teknologi yang menjadi persyaratan penerapan RME mencakup aplikasi, jaringan, *software* terkait RME, tenaga IT, dan pengalaman IT. *Societal Readiness* yang ditentukan dari komunikasi dalam organisasi yang menghubungkan rumah sakit dengan administrasi, kolaborasi antar pelayanan kesehatan, serta penggunaan medium.

Pada studi yang dilakukan oleh beberapa peneliti antara lain karakteristik demografi meliputi variabel umur, jenis kelamin, profesi, pendidikan, masa kerja, dan pengetahuan tentang RME diketahui memiliki hubungan dengan faktor kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi RME (Abdulai & Adam, 2020). Faktor lain yang juga berhubungan dengan tingkat kesiapan dalam implementasi RME adalah teknologi, mencakup ketersediaan fasilitas teknologi berupa komputer yang menunjang keberhasilan penerapan RME. Faktor literasi komputer yang dapat diukur dengan melihat tingkat kecakapan dan pengetahuan tenaga kesehatan

dalam menggunakan komputer (Abdulai & Adam, 2020). Serta faktor sikap tenaga kesehatan terhadap penerapan RME memiliki hubungan dengan kesiapan (Awol dkk., 2020). Berdasarkan tinjauan umum mengenai variabel-variabel yang berhubungan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi RME, maka disusun kerangka teori sebagai berikut.



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik dihubungkan oleh beberapa faktor antara lain umur, jenis kelamin, profesi, pendidikan, masa kerja, literasi komputer, fasilitas komputer, pengetahuan tentang RME dan sikap terhadap RME. Variabel-variabel yang dipilih dalam penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

1. Kesiapan pada Tenaga Kesehatan

Implementasi RME dalam fasilitas pelayanan kesehatan membutuhkan peran dari berbagai kalangan (multidisiplin). Tenaga kesehatan sebagai penyedia sekaligus pengguna dari sistem baru ini harus memiliki kesiapan yang matang sehingga proses dan *output* yang diharapkan dapat tercapai demi kelangsungan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Kesiapan yang baik ditunjukkan melalui persentase *core readiness* dan *engagement readiness* (Li dkk., 2010). Kedua jenis kesiapan tersebut sudah dapat menggambarkan kesiapan secara menyeluruh pada (*overall readiness*) tenaga kesehatan (Jennett dkk., 2005).

2. Umur

Tenaga kesehatan dengan umur lebih muda cenderung ingin menggunakan dan mendukung implementasi RME, karena perkembangan

teknologi yang pesat dan tuntutan zaman untuk generasi muda agar lebih melek teknologi.

3. Jenis Kelamin

Perempuan memiliki tingkat kesiapan dalam menggunakan RME lebih rendah dibandingkan laki-laki. Hal ini disebabkan karena perempuan kurang terpapar dalam menggunakan teknologi seperti komputer.

4. Profesi

Keberagaman profesi tenaga kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan ini membentuk sikap dan kesiapan yang juga berbeda dalam menghadapi peralihan sistem rekam medis dari manual ke elektronik.

5. Pendidikan

Latar belakang pendidikan yang tinggi akan membentuk pola pikir yang lebih visioner. Tenaga kesehatan dengan pendidikan tinggi memiliki pemahaman yang lebih baik terkait masalah dan kebutuhan akan implementasi RME.

6. Masa kerja

Masa kerja akan berhubungan dengan tingkat pengetahuan tentang kondisi lingkungan tempat kerja mencakup kelebihan dan kekurangan di dalamnya. Semakin lama tenaga kesehatan bekerja, kesadaran akan kebutuhan implementasi RME akan terbentuk.

7. Fasilitas Komputer

Adanya fasilitas komputer yang memadai baik di tempat kerja maupun di rumah dapat membantu penyelesaian profesi lebih cepat dan tepat. Tenaga kesehatan yang difasilitasi dengan komputer di tempat kerja lebih siap untuk menggunakan Rekam Medis Elektronik karena sudah terbiasa menggunakan komputer.

8. Literasi Komputer

Implementasi RME erat kaitannya dengan penggunaan komputer. Tenaga kesehatan yang memiliki pemahaman dan kemampuan dalam menggunakan komputer cenderung lebih siap dalam mengimplementasi RME.

9. Pengetahuan tentang RME

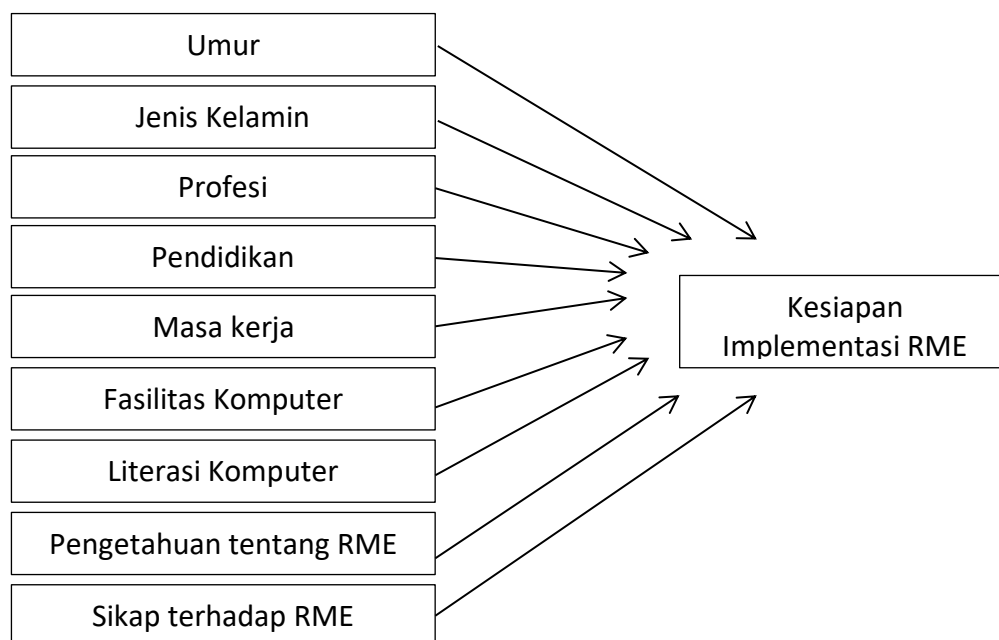
Pengetahuan berhubungan dengan persepsi dan perilaku seseorang dalam bertindak. Tenaga kesehatan dengan pengetahuan yang baik tentang RME akan memiliki kesiapan yang tinggi dibandingkan dengan tenaga kesehatan berpengetahuan rendah.

10. Sikap terhadap RME

Tenaga kesehatan dengan menunjukkan sikap yang positif (*favorable attitude*) terhadap penerapan RME memiliki kesiapan yang lebih baik dibandingkan tenaga kesehatan dengan sikap yang negatif.

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori dan rumusan masalah yang telah dituliskan, maka kerangka konsep yang dibangun adalah melihat faktor-faktor (variabel independen) yang berhubungan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi RME (variabel dependen). Adapun kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan di RSUD Haji Makassar, implementasi RME setempat belum mencapai *fully-implemented*. Instalasi Rawat Inap menjadi salah satu yang masih dalam tahap awal implementasi, sementara beberapa unit lainnya sudah diterapkan meskipun belum optimal. Dokumen Rekam Medis (DRM) kertas juga masih digunakan oleh Rumah Sakit dalam mendokumentasikan rekam medis pasien. Padahal

fasilitas RME sudah disediakan oleh pihak rumah sakit, namun dari segi penggunaan oleh SDM setempat masih sangat kurang.

Data yang diperoleh dari Bagian Rekam Medik menunjukkan pencapaian indikator Instalasi Rekam Medik meliputi kelengkapan pengisian rekam medis dan pengembalian rekam medis setelah pasien pulang dalam waktu 1x24 jam masih belum mencapai standar selama tiga tahun terakhir. Bahkan persentase yang dicapai masih jauh dari standar yang ditetapkan yakni 100%.

Permasalahan tersebut dapat diatasi dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan RME di rumah sakit. Salah satu faktor utama yang menjadi alasan rumah sakit belum menerapkan secara maksimal adalah kesiapan SDM yang dalam hal ini tenaga kesehatan. Dimensi yang diukur dalam melihat tingkat kesiapan tenaga kesehatan berdasarkan kerangka teori yang dikemukakan oleh Li dkk., (2010) yaitu dimensi *core readiness* dan *engagement readiness*. Faktor-faktor yang ikut berhubungan dengan kesiapan tenaga kesehatan antara lain umur, jenis kelamin, pendidikan, profesi, masa kerja, fasilitas komputer, literasi komputer, pengetahuan tentang RME, dan faktor sikap terhadap RME.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Teoritis	Definisi Operasional	Skala Pengukuran	Kriteria Objektif
Umur	Lama waktu hidup atau sejak dilahirkan atau diadakan (KBBI). Kategori umur dapat diklasifikasikan sebagai berikut: 1. Masa balita = 0-5 tahun 2. Masa kanak-kanak = 5-11 tahun 3. Masa remaja awal = 12-16 tahun 4. Masa remaja akhir = 17-25 tahun 5. Masa dewasa awal = 26-35 tahun 6. Masa dewasa akhir = 36-45 tahun 7. Masa lansia awal = 46-55 tahun 8. Masa lansia akhir = 56-65 tahun 9. Masa manula = \geq 65 tahun	Lama hidup responden yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir pada saat pengisian kuesioner.	Interval	1) <26 tahun 2) 26-35 tahun 3) 36-45 tahun 4) 46-55 tahun 5) 56 tahun ke atas
Jenis Kelamin	Menunjukkan perbedaan seks yang didapat sejak lahir yang dibedakan antara laki-laki dan perempuan (Hungu, 2016)	Ciri atau identitas seksual yang diperoleh sejak lahir yaitu perempuan atau laki-laki	Nominal	1) Laki-laki 2) Perempuan
Pendidikan	Suatu kegiatan seseorang dalam	Tingkat pendidikan formal	Ordinal	1) Rendah : Jika lulusan

Variabel	Definisi Teoritis	Definisi Operasional	Skala Pengukuran	Kriteria Objektif
	mengembangkan kemampuan, sikap, dan bentuk tingkah laku baik untuk kehidupan yang akan datang melalui organisasi maupun tidak (Lestari Widi, 2011)	terakhir yang ditempuh oleh responden berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki		terakhir responden Diploma 2) Tinggi : Jika lulusan terakhir responden Strata 1 atau lebih tinggi
Profesi	Aktivitas pekerjaan yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah atau penghasilan (KBBI)	Tenaga kesehatan di Rumah Sakit yang bertanggung jawab untuk mengisi Rekam Medis Elektronik	Nominal	1) Dokter/Dokter gigi 2) Perawat 3) Bidan 4) Apoteker 5) Tenaga Fisioterapi 6) Ahli Gizi
Masa kerja	Kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat (Tarwaka, 2010)	Lamanya responden bekerja di unit layanan pada Rumah Sakit lokasi penelitian, diukur dari tanggal pertama kali mulai bekerja sampai waktu penelitian	Interval	1) <5 tahun 2) 5-15 tahun 3) 16-26 tahun 4) 27-37 tahun
Literasi Komputer	Pengetahuan tentang teknologi atau komputer dalam kemampuan untuk memperoleh, mengkomunikasikan, memproses, dan memahami informasi kesehatan dasar dalam membuat keputusan yang tepat (<i>Service ET</i> , 2002)	Kemampuan responden dalam menggunakan komputer mencakup penggunaan komputer, kemampuan mengetik, ada tidaknya bantuan yang diperoleh ketika menggunakan komputer, kemampuan menggunakan	Nominal	1) Tidak : Jika responden tidak mampu dan kesulitan dalam mengoperasikan komputer 2) Ya : Jika responden mampu dan mudah dalam mengoperasikan

Variabel	Definisi Teoritis	Definisi Operasional	Skala Pengukuran	Kriteria Objektif
		<i>smartphone</i> atau <i>mobile tablets</i> , dan kemampuan mengoperasikan komputer		komputer
Fasilitas Komputer	Adanya komputer yang menunjang proses kerja	Adanya fasilitas berupa komputer dan perangkat pendukungnya di tempat kerja dan di rumah	Nominal	1) Tidak : Jika tidak tersedia fasilitas komputer di tempat kerja dan rumah 2) Ya : Jika tersedia fasilitas komputer di tempat kerja dan rumah
Pengetahuan tentang RME	Pengetahuan tentang rekam elektronik yang berkaitan dengan informasi kesehatan pasien yang dapat dibuat, dikumpulkan, dikelola, dan dikonsultasikan oleh pemberi pelayanan kesehatan dalam fasilitas pelayanan kesehatan (Oo dkk., 2021)	Tingkat pemahaman yang dilihat dari kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan dengan benar mengenai definisi RME, fungsi, kegunaan, keuntungan dan kerugian, dan cara kerja RME	Ordinal	1) Kurang : Jika skor responden < nilai rata-rata 2) Cukup : Jika skor \geq nilai rata-rata
Sikap	Perilaku atau perbuatan dan sebagainya yang berdasarkan pada pendirian (KBBI)	Perasaan ataupun keyakinan yang menggambarkan tindakan dan keinginan tenaga kesehatan terhadap penerapan dan penggunaan Rekam Medis Elektronik	Nominal	1) Negatif : Jika skor responden < nilai rata-rata 2) Positif : Jika skor responden \geq nilai rata-rata
Kesiapan	Kesiapan RME atau <i>Overall</i>	Kesiapan responden dalam	Nominal	1) Tidak Siap : Jika skor

Variabel	Definisi Teoritis	Definisi Operasional	Skala Pengukuran	Kriteria Objektif
RME	<p><i>Readiness</i> adalah gambaran kesiapan secara menyeluruh yang menunjukkan titik pertemuan antara <i>core readiness</i> dan <i>engagement readiness</i> (Oo dkk., 2021)</p>	<p>menerima dan menggunakan RME sebagai sistem yang baru yang dilihat dari dimensi <i>core readiness</i> dan <i>engagement readiness</i>.</p> <p><i>Core Readiness</i> dinilai dari kesadaran akan kebutuhan dan ketidakpuasan pada kondisi yang ada. Sementara <i>Engagement Readiness</i> dinilai dari potensi kelebihan dan kekurangan penggunaan teknologi RME</p>		<p>responden < rata-rata skor kesiapan secara keseluruhan</p> <p>2) Siap : Jika skor responden \geq rata-rata skor kesiapan secara keseluruhan</p> <p>Dengan skala jawaban:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Tidak Setuju (STS) 2. Tidak Setuju (TS) 3. Netral (N) 4. Setuju (S) 5. Sangat Setuju (SS)

3.4 Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Null (H_0)
 - a. Tidak ada hubungan umur dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
 - b. Tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
 - c. Tidak ada hubungan profesi dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
 - d. Tidak ada hubungan pendidikan dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
 - e. Tidak ada hubungan masa kerja dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
 - f. Tidak ada hubungan fasilitas komputer dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar

- g. Tidak ada hubungan literasi komputer dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- h. Tidak ada hubungan pengetahuan tentang RME dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar
- i. Tidak ada hubungan sikap terhadap RME dengan kesiapan tenaga kesehatan dalam implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar