



Perilaku Penggunaan Teknologi Informasi

Rekam Medis Elektronik Dengan Pendekatan UTAUT



**PERILAKU PENGGUNAAN
TEKNOLOGI INFORMASI
REKAM MEDIS ELEKTRONIK
DENGAN PENDEKATAN UTAUT**

PERILAKU PENGGUNAAN TEKNOLOGI INFORMASI REKAM MEDIS ELEKTRONIK DENGAN PENDEKATAN UTAUT

Dr. Eka Wilda Faida, S.KM, M.Kes



PERILAKU PENGGUNAAN TEKNOLOGI INFORMASI REKAM MEDIS ELEKTRONIK DENGAN PENDEKATAN UTAUT

Penulis:

Dr. Eka Wilda Faida, S.KM, M.Kes

Editor:

Ahmad Ruhardi, S.Si., M.KL.

Layouter :

Tim Kreatif PRCI

Cover:

Rusli

Cetakan Pertama : Juli 2023

Hak Cipta 2023, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia

ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151

Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website : www.rcipress.rcipublisher.org

E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2023 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia

All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2023

; 14,8 x 21 cm

ISBN : 978-623-448-588-2

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang

Hak Cipta Pasal 72

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta
Pasal 72

Barang siapa dengan sengaja melanggar dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta terkait sebagai dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyelesaikan Buku dengan judul Perilaku Penggunaan Teknologi Informasi Rekam Medis Elektronik Dengan Pendekatan UTAUT.

Buku dengan judul Perilaku Penggunaan Teknologi Informasi Rekam Medis Elektronik Dengan Pendekatan UTAUT ini berisikan mengenai faktor yang berpengaruh terhadap penggunaan rekam medis elektronik dalam tinjauan teori UTAUT. Kami menyadari bahwa Buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu kami harapkan demi kesempurnaan buku ini.

Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan Buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi segala usaha kita. Amin.

Juli 2023, Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	I
DAFTAR ISI	II
BAB I HAKIKAT REKAM MEDIS ELEKTRONIK (RME)	1
A. Definisi RME	1
B. Manfaat RME	3
BAB II PROSES PENYELENGGARAAN REKAM MEDIK ELEKTRONIK	7
BAB III KINERJA REKAM MEDIK ELEKTRONIK	9
BAB IV PENGANTAR DASAR TEORI TERPADU PENERIMAAN DAN PENGGUNAAN TEKNOLOGI ATAU <i>UNIFIED THEORY OF ACCEPTANCE AND USE OF TEHCNOLOY</i> (UTAUT)	13
A. Pentingnya Teori UTATUT Dalam Rekam Medis Elektronik	13
B. Pengantar Teori UTAUT	20
C. <i>Theoritical Mapping</i> Delapan Teori Pembentuk Model UTAUT	21
BAB V VARIABEL PENGARUH DALAM UTAUT	26
A. Ekspektansi Kinerja (Performance Expectancy)	26
B. Ekspektansi Usaha (Effort Expectancy)	29
C. Pengaruh Sosial (Social Influence)	31
D. Kondisi Fasilitas (Facilitating Condition)	33
E. Niat Keperilakuan (<i>Behaviour Intention</i>)	34
F. Pemoderasi (Moderator) Dalam UTAUT	35
G. Critical Appraisal Artikel	37
BAB VI PROSES PEMECAHAN MASALAH	51
BAB VII FAKTOR <i>BEHAVORIAL INTENTION</i> PENGGUNAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK BERDASARKAN TEORI UTAUT	53

A.	<i>Pengaruh Performance Expectation, Effort Expectation, Social Influence, Facilitating Condition, Behavioral Intention Terhadap Use Behavior.</i>	59
B.	Teknologi yang digunakan di rumah sakit	61
C.	Karakteristik SDM Dominan Berpengaruh Pada Penggunaan Teknologi	64
D.	Variabel Berpengaruh Terhadap Penggunaan Teknologi	67
	BAB VIII PENUTUP	74
	DAFTAR PUSTAKA	77

BAB I

HAKIKAT REKAM MEDIS ELEKTRONIK (RME)

A. Definisi RME

Idealnya sebuah rekam medis berisi data riwayat kesehatan pasien dari mulai lahir hingga saat ini. Namun karena sistem yang ada di Indonesia sekarang ini terkait informasi kesehatan belum terintegrasi dan belum didukung sepenuhnya oleh Teknologi Informasi, maka data-data pasien tersebut terpisah-pisah dan terbagi tergantung pada tempat dimana ia mendapatkan pelayanan kesehatan pertama kali. Jadi seandainya seorang pasien jatuh sakit di kota lain, maka dia akan dibuatkan rekam medis baru oleh rumah sakit dimana ia berobat dan riwayat kesehatannya akan diulang ditanyakan oleh dokter, syukurlah jika ia masih mampu diajak berbicara, tetapi seandainya tidak?. Melihat pentingnya sebuah rekam medis, maka sudah saatnya semua rumah sakit di Indonesia membangun Rekam Medis Elektronik (RME) dan akan lebih berdaya guna jika semua rekam medis itu terkoneksi didalam jaringan komputer seluruh rumah sakit di Indonesia.

Sebenarnya Rekam Medis Elektronik (RME) bukan merupakan wacana baru bagi penyelenggara pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Beberapa rumah sakit bahkan berani menyatakan telah mengimplementasikan RME di dalam manajemennya. Bagi rumah sakit yang belum memiliki RME umumnya berargumentasi sudah berkeinginan untuk memiliki RME tetapi masih terbentur beberapa kendala organisasi seperti: biaya, budaya kerja, teknis dan sumber

daya. Pada dasarnya RME adalah penggunaan perangkat teknologi informasi untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta peng-akses-an data yang tersimpan pada rekam medis pasien di rumah sakit dalam suatu sistem manajemen basis data yang menghimpun berbagai sumber data medis. Bahkan beberapa rumah sakit modern telah menggabungkan RME dengan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang merupakan aplikasi induk yang tidak hanya berisi RME tetapi sudah ditambah dengan fitur-fitur seperti administrasi, billing, dokumentasi keperawatan, pelaporan dan dashboard *score card*.

RME juga dapat diartikan sebagai lingkungan aplikasi yang tersusun atas penyimpanan data klinis, sistem pendukung keputusan klinis, standarisasi istilah medis, entry data terkomputerisasi, serta dokumentasi medis dan farmasi. RME juga bermanfaat bagi paramedis untuk mendokumentasikan, memonitor, dan mengelola pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien di rumah sakit. Secara hukum data dalam RME merupakan rekaman legal dari pelayanan yang telah diberikan pada pasien dan rumah sakit memiliki hak untuk menyimpan data tersebut. Menjadi tidak legal, bila oknum di rumah sakit menyalah gunakan data tersebut untuk kepentingan tertentu yang tidak berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien.

Rekam Medis Elektronik (RME) berbeda dengan Rekam Kesehatan Elektronik (RKE). RKE merupakan kumpulan dari RME pasien yang ada di masing-masing rumah sakit (pusat pelayanan kesehatan). RKE dapat diakses dan dimiliki oleh pasien serta datanya bisa digunakan di pusat pelayanan kesehatan lain untuk keperluan perawatan berikutnya. RKE baru bisa terwujud jika sudah ada standarisasi format data RME pada tiap rumah sakit sehingga

data-data tersebut bisa diintegrasikan. Untuk mewujudkan RKE dibutuhkan suatu sistem yang terintegrasi dan disepakati bersama oleh masing-masing pusat pelayanan kesehatan pada suatu wilayah tertentu atau bahkan yang lebih luas dari itu misalkan bersifat nasional (Handiwidjojo, 2009).

B. Manfaat RME

Mempertimbangkan berbagai keuntungan termasuk faktor *cost and benefits* dari penerapan RME di rumah sakit (pusat pelayanan kesehatan), maka penulis melihat paling ada tiga manfaat yang dapat diperoleh, masing-masing adalah:

Manfaat Umum, RME akan meningkatkan profesionalisme dan kinerja manajemen rumah sakit. Para *stakeholder* seperti pasien akan menikmati kemudahan, kecepatan, dan kenyamanan pelayanan kesehatan. Bagi para dokter, RME memungkinkan diberlakukannya standard praktek kedokteran yang baik dan benar. Sementara bagi pengelola rumah sakit, RME menolong menghasilkan dokumentasi yang *auditable* dan *accountable* sehingga mendukung koordinasi antar bagian dalam rumah sakit. Disampingitu RME membuat setiap unit akan bekerja sesuai fungsi, tanggung jawab dan wewenangnya.

Manfaat Operasional, manakala RME diimplementasikan paling tidak ada empat faktor operasional yang akan dirasakan. Faktor yang pertama adalah *kecepatan* penyelesaian pekerjaan-pekerjaan administrasi. Ketika dengan sistem manual pengerjaan penelusuran berkas sampai dengan pengembaliannya ketempat yang seharusnya pastilah memakan waktu, terlebih jika pasiennya cukup banyak. Kecepatan ini berdampak membuat efektifitas kerja meningkat. Faktor kedua adalah faktor *akurasi* khususnya

akurasi data, apabila dulu dengan sistem manual orang harus mencek satu demi satu berkas, namun sekarang dengan RME data pasien akan lebih tepat dan benar karena campur tangan manusia lebih sedikit, hal lain yang dapat dicegah adalah terjadinya duplikasi data untuk pasien yang sama. Misalnya, pasien yang sama diregistrasi 2 kali pada waktu yang berbeda, maka sistem akan menolaknya, RME akan memberikan peringatan jika tindakan yang sama untuk pasien yang sama dicatat 2 kali, hal ini menjaga agar data lebih akurat dan user lebih teliti. Faktor ketiga adalah faktor *efisiensi*, karena kecepatan dan akurasi data meningkat, maka waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi berkurang jauh, sehingga karyawan dapat lebih fokus pada pekerjaan utamanya. Faktor Keempat adalah *kemudahan pelaporan*. Pekerjaan pelaporan adalah pekerjaan yang menyita waktu namun sangat penting. Dengan adanya RME, proses pelaporan tentang kondisi kesehatan pasien dapat disajikan hanya memakan waktu dalam hitungan menit sehingga kita dapat lebih konsentrasi untuk menganalisa laporan tersebut.

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

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

Salah satu peranan Teknologi Informasi dalam tindakan pencegahan *medical error*, yakni dengan melakukan pengaturan rekam medis pada suatu sistem aplikasi manajemen rekam medis. Dengan adanya sistem aplikasi manajemen rekam medis, maka *medical error* dalam pengambilan keputusan oleh tenaga kesehatan dapat dikurangi karena setiap pengambilan keputusan berdasarkan rekam medik pasien yang telah ada. Salah satu cara meningkatkan pelayanan kesehatan adalah dengan menggunakan teknologi informasi untuk melakukan tindakan pencegahan *medical error* melalui 3 mekanisme :

Pencegahan Adverse Event.

Salah satu contoh pencegahan *Adverse Event* adalah dengan penerapan sistem penunjang keputusan dimana dokter bisa diberikan peringatan mengenai kemungkinan terjadinya hal-hal yang membahayakan keselamatan pasien mulai dari kemungkinan alergi, kontraindikasi pengobatan, maupun kegagalan prosedur tertentu.

Memberikan respon cepat setelah terjadinya Adverse Event.

Dengan adanya respon cepat untuk penanggulangan *Adverse Event*, maka hal-hal yang tidak diinginkan akan cepat dihindari. Misalkan, adanya penarikan obat karena telah ditemukan adanya kontraindikasi yang tidak diharapkan.

Maka, sistem informasi yang telah dibangun, bisa saling berinteraksi untuk mencegah pemakaian obat tersebut lebih lanjut.

Melacak dan menyediakan Feedback secara cepat.

Teknologi Informasi saat ini memungkinkan komputer untuk melakukan pengolahan terhadap data pasien dalam jumlah besar dan menghasilkan analisa secara lebih cepat dan akurat. Dengan metode *Data Mining* maka komputer bisa mendeteksi pola-pola tertentu dan mencurigakan dari data klinis pasien. Teknik analisa ini relatif tidak memerlukan para tenaga kesehatan untuk melakukan analisa, melainkan komputer sendiri yang melakukan analisa dan memberikan hasil interpretasinya.

BAB II

PROSES PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK

1. Di tempat registrasi data sosial dimasukkan dalam komputer, kemudian data sosial tersebut dikirim ke tempat pelayanan pasien sesuai dengan tujuan pasien.
2. Di tempat pelayanan pasien, dokter melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan hasilnya dimasukkan kedalam komputer. Apabila dokter menganggap pasien memerlukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, pemeriksaan CT scan dan lain-lain, dokter akan menuliskan permintaan tersebut dalam bentuk data-data dalam komputer kemudian akan dikirim ketempat pemeriksaan dan hasilnya oleh petugas penunjang tersebut akan dikirim kembali kepada dokter yang meminta.
3. Berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, dokter membuat diagnosa dan memberikan terapi sesuai dengan diagnosanya. Obat-obatan yang dibutuhkan pasien sesuai dengan diagnosanya akan dituliskan dalam bentuk data komputer dan dikirimkan kepada bagian farmasi/apotik. Selanjutnya petugas farmasi akan memberi obat sesuai dengan apa yang ditulis oleh dokter dalam bentuk data komputer.
4. Apabila dokter merencanakan tindak lanjut untuk pasien tersebut, dokter akan memasukkan kedalam data komputer. Pelaksanaan dan hasilnya akan dituliskan dalam bentuk komputer. Apabila pasien tidak memerlukan pelayanan lebih lanjut, pasien

diperbolehkan pulang. Sedangkan data yang telah terisi akan tersimpan di server pusat rekam medik elektronik rumah sakit tersebut, dan tidak bisa dibuka oleh siapapun termasuk dokter yang merawat kecuali apabila dibutuhkan, misalnya untuk kebutuhan pelayanan kembali kepada pasien (pasien berobat kembali), pembuatan resume medik yang dibutuhkan oleh asuransi (pihak ketiga yang membayar pembiayaan pasien) atas seizin pasien (secara tertulis), dan resume medik dibuat oleh dokter yang merawat (sesuai dengan peraturan menteri kesehatan) untuk kepentingan penelitian setelah mendapat izin dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan dan untuk alat bukti sah di pengadilan.

5. Apabila pasien membutuhkan perawatan lebih lanjut, data rekam medis akan dikirimkan ketempat perawatan pasien.
6. Semua hasil pemeriksaan, pengobatan selama ditempat perawatan rawat inap akan diisikan kedalam komputer. Setelah pasien selesai dirawat inap, maka data akan dikirim ke server untuk disimpan

BAB III

KINERJA REKAM MEDIS ELEKTRONIK

Kinerja sistem informasi diukur melalui dua aspek, yaitu kepuasan pengguna sistem informasi dan penggunaan sistem informasi. Pengguna sistem informasi akan puas jika sistem informasi yang diaplikasikan dapat membantu pekerjaan mereka dan dapat membuat cara bekerja menjadi lebih baik. Penggunaan sistem informasi tercermin dari seberapa banyak fungsi-fungsi dari sistem informasi dipergunakan.

Menurut Abdekhoda et al., 2016 mengidentifikasi enam faktor relevan yang mempengaruhi penggunaan dan menerapkan EMR yang selanjutnya harus menjadi perhatian utama organisasi kesehatan dan pembuat kebijakan kesehatan. Penelitian lain dilakukan oleh (Shahmoradi et al., 2007) yang mengukur kinerja RME dari dua pendekatan yaitu kepuasan pemakai RME dan pemakaian RME di rumah sakit di Iran dalam membantu menyelesaikan pekerjaan mereka untuk mengolah data menjadi informasi rumah sakit. Brender menyatakan bahwa kepuasan pemakai RME dapat diukur dari kepastian dalam mengembangkan apa yang mereka perlukan. Penelitian yang dilakukan oleh Jamal (2009) dan McGregor (2006) menunjukkan RME yang banyak digunakan menunjukkan keberhasilan sebuah RME.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Carraher Wolverton & Thomas, 2018) tentang pengembangan model penerimaan rekam medis elektronik yang terintegrasi menunjukkan bahwa rekam medis elektronik banyak dipengaruhi oleh beberapa hal pengembangan model

penerimaan rekam medsi elektronik ini menggunakan dasar teori UTAUT dan ditambah variabel yang lainnya.

Menurut Carraher Wolverton & Thomas, 2018 dengan model penelitian yang dilakukan survei dengan dokter di negara bagian di Tenggara Southeast Amerika Serikat dengan menargetkan dokter yang memiliki pengetahuan tentang EMR dan telah berpengalaman mengadopsi atau menolak sistem EMR. Hasil identifikasi dari 3.295 dokter di negara bagian sebagai populasi target untuk berpartisipasi dalam studi penelitian. Dengan pemberian insentif kepada dokter untuk berpartisipasi dengan dalam penelitian didapatkan bahwa 915 dokter menyatakan minatnya untuk menyelesaikan survei, dan 462 akhirnya benar-benar menyelesaikannya (tingkat penyelesaian 50,5%). Dari 462 dokter, 169 dokter bekerja di rumah sakit (dengan 72 pengadopsi dan 97 penolak) dan 277 bekerja di praktek swasta (151 pengadopsi dan 126 penolak). Hasil penelitian yang didapatkan adalah konstruk yang dapat mempengaruhi kinerja rekam medis elektronik yaitu: adalah integrasi data (-0,781), masalah keamanan/hukum (-0,408), keandalan sistem EMR (0,183), tekanan mimesis (0,179), dan loyalitas terhadap solusi saat ini (0,146). Dalam praktek pribadi private konteks, delapan dari 11 konstruksi signifikan: integrasi data (-0,444); masalah keamanan/hukum (-0,396), harapan kinerja (-0,318), ketidakpercayaan (0,236), karakteristik vendor (0,231), mimesis tekanan (0,137), keandalan (0,120), dan loyalitas (0,094). Al-Azmi et al., 2009 melakukan penelitian serupa di tiga rumah sakit di Iran. Ketiga rumah sakit adalah rumah sakit pemerintah. RME yang diimplementasikan adalah promosi dari pemerintah Iran. Ketiga rumah sakit memiliki jumlah tempat tidur lebih dari 300. Sampel didapatkan dari pengguna yang dikategorikan seperti penelitian (Ochieng &

Hosoi, 2006) yaitu dokter, perawat, administrator, dan lain-lain (farmasi, radiologi, TI dan fisioterapi). RME baru diimplementasikan selama lebih kurang dua tahun.

Kepuasan pengguna RME diukur dengan mengajukan sepuluh pernyataan. Kuesioner untuk dokter, perawat, administrator, dan lain-lain adalah sama. Kelima pernyataan itu adalah: (1) RME menyebabkan konsultasi menjadi lebih lama; (2) RME mengganggu konsultasi antara dokter dengan pasien; (3) Dokter dapat berkomunikasi dengan pasien secara lancar saat memanfaatkan RME; (4) Dokter dapat mendengarkan pasien secara seksama saat memanfaatkan RME; (5) Dokter lebih sering melihat komputer daripada ke pasien; (6) Dokter dapat mengakses rekam medis dengan lebih cepat; (6) Dokter dapat mengakses hasil lab secara lebih mudah; (7) Peresepan obat menjadi lebih cepat; (8) Dokter mendapatkan akses ke pengobatan yang mutakhir; (9) Akses ke informasi tentang pendidikan pasien menjadi lebih mudah; (10) Secara umum, pekerjaan dokter menjadi lebih mudah.

Sedangkan kuesioner tentang penggunaan RME meliputi: (1) Ringkasan rekam medis sudah menggunakan RME; (2) Penyimpanan informasi pasien sudah menggunakan RME; (3) Penyimpanan pemeriksaan penunjang sudah menggunakan RME; (4) Surat rujukan sudah menggunakan RME; (5) Penulisan resep sudah menggunakan RME; (6) Pencatatan konsultasi sudah menggunakan RME; (7) Bahan-bahan pendidikan pasien sudah menggunakan RME; (8) Registrasi pasien sudah menggunakan RME; (9) *Billing* dan pembayaran sudah menggunakan RME; (10) *Staff payroll* sudah menggunakan RME; (11) Kontrol stok dan penyimpanan sudah menggunakan RME; (12) Penagihan

biaya sudah menggunakan RME; (13) Pembuatan klain asuransi sudah menggunakan RME.

BAB IV

PENGANTAR DASAR TEORI TERPADU PENERIMAAN DAN PENGGUNAAN TEKNOLOGI ATAU *UNIFIED THEORY OF ACCEPTANCE AND USE OF TECHNOLOGY* (UTAUT)

A. Pentingnya Teori UTATUT Dalam Rekam Medis Elektronik

Sebagai salah satu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan, Rumah Sakit sering mengalami kesulitan dalam pengelolaan informasi baik untuk kebutuhan internal maupun eksternal. sehingga perlu diupayakan peningkatan pengelolaan informasi yang efisien, cepat, mudah, akurat, murah, aman, terpadu dan akuntabel. Salah satu bentuk penerapannya melalui sistem pelayanan dengan memanfaatkan teknologi informasi melalui penggunaan sistem Sistem Informasi berbasis computer (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Dengan demikian secara umum sistem informasi Rumah Sakit harus selaras dengan bisnis utama (*core bussines*) dari Rumah Sakit itu sendiri, terutama untuk informasi riwayat kesehatan pasien atau rekam medis (tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien), informasi kegiatan operasional (termasuk informasi sumber daya manusia, material, alat kesehatan, penelitian serta bank data).

Indonesia telah mewajibkan penggunaan komputer secara terintegrasi. Hal ini ditunjukkan dalam Undang-

Undang Nomor 44 Tahun 2009 (Pemerintah Republik Indonesia, 2009) tentang Rumah Sakit, yaitu “Setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit pasal 3 juga dijelaskan bahwa “Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS”. Dari pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa SIMRS sangat penting untuk diterapkan agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada pelanggan, baik pelanggan internal maupun eksternal. (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Data yang dikumpulkan oleh Kemenkes Republik Indonesia melalui kebijakan digitalisasi rumah sakit sampai dengan 1 Juli 2020 menunjukkan bahwa dari 2.650 rumah sakit di seluruh Indonesia, rumah sakit yang telah memiliki dan menerapkan SIMRS di *front office* hingga *back office* berjumlah 1.479. Sementara, yang SIMRS nya berfungsi di *front office* berjumlah 567 rumah sakit. Sedangkan RS yang tidak memiliki SIMRS berjumlah 294 rumah sakit. Temuan lainnya, rumah sakit yang memiliki SIMRS namun tidak berfungsi mencapai 75 rumah sakit (https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/07/materi_drandi_web160720.pdf).

Tabel 1 Data Penggunaan SIMRS di Indonesia

Jenis Rumah Sakit	Ada Berfungsi	Ada Tidak Berfungsi	Belum Mengisi	Berfungsi di Front Office	Berfungsi Front office, Back office	Tidak ada SIMRS
RS Khusus	33	18	58	109	205	110
RS Umum	144	74	116	419	1182	393

Sumber: Sosialisasi SIMRS oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan 2019. (KEMENKES RI, 2019)

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa penggunaan SIMRS di Indonesia masih belum memenuhi regulasi pada Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa “Setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)” dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit pasal 3 juga dijelaskan bahwa “Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS”.

Hal ini kemungkinan disebabkan dari berbagai faktor diantaranya adalah pengguna SIMRS memiliki persepsi bahwa input data manual lebih cepat dikerjakan dan data yang dihasilkan lebih dapat dipercaya, serta ada hambatan komunikasi khususnya dengan petugas teknologi informasi maka implementasi SIMRS akan terhambat. Kurangnya kepemimpinan di tingkat satuan kerja dapat menimbulkan persepsi bahwa penggunaan SIMRS bukan merupakan keharusan sehingga pengguna SIMRS kembali menggunakan sistem manual. Ketidaksesuaian antara teknologi dengan kebutuhan pengguna SIMRS dapat menimbulkan keengganan menggunakan sistem yang ada. Gangguan teknis pada

hardware maupun *software*, informasi yang belum terintegrasi, ketidaksesuaian antara sistem dengan kebutuhan user. Ketidaksesuaian faktor manusia, organisasi dan teknologi dapat menimbulkan persepsi bahwa sistem informasi yang ada tidak relevan dengan pekerjaan petugas di unit kerja, bahkan berisiko menambah beban kerja.

Rekam Medis Elektronik (RME) yang merupakan salah satu implementasi dari SIMRS menjadi sangat penting keberadaannya karena sangat berkaitan langsung dengan sumber informasi tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan, dan catatan segala kegiatan para pelayanan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu yang saat ini menjadi trend global di berbagai rumah sakit dunia sebagai pengganti atau pelengkap rekam medis kertas. (<http://www.bvk.co.id/artikel/berita/159-membangun-implementasi-rekam-medik-elektronik-rme-terintegrasi-di-rumah-sakit>, diakses pada 12-April-2021 Pukul 14:28)

Pada tahun 2003 RAND *Health Information Technology* (HIT) mulai melakukan studi untuk lebih memahami peran dan pentingnya RME dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan menginformasikan kepada pemerintah agar bisa memaksimalkan manfaat dari RME dan meningkatkan penggunaannya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hillestad et al., 2005) antara lain: (1) Peningkatan produktivitas: penggunaan sistem RME dapat mengurangi biaya; (2) Efisiensi: sistem RME yang diadopsi, dapat mengurangi sumber daya yang ada untuk meningkatkan kualitas pelayanan; (3) Mengurangi kejadian efek samping obat dalam perawatan rawat inap dan rawat jalan; (4) Penggunaan *health information technology* untuk perawatan pencegahan jangka pendek. Sistem RME dapat mengintegrasikan rekomendasi berbasis bukti untuk layanan

pencegahan (seperti ujian screening) dengan data pasien (seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga) untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan layanan tertentu. Sistem ini dapat mengingatkan penyedia layanan untuk menawarkan layanan selama kunjungan rutin dan mengingatkan pasien untuk jadwal perawatan; (5) Menggunakan *health information technology* untuk penanganan penyakit kronis jangka pendek. Sistem RME dapat menjadi instrumen selama proses pengelolaan penyakit (untuk pasien berisiko tinggi, sistem manajemen kasus membantu koordinasi alur kerja, termasuk komunikasi diantara beberapa spesialis dan pasien) Sejalan dengan perkembangannya, RME menjadi jantung informasi dalam sistem informasi rumah sakit. Namun demikian para tenaga kesehatan dan pengelola sarana pelayanan kesehatan Indonesia masih ragu untuk menggunakannya karena belum ada peraturan perundangan yang secara khusus mengatur penggunaannya. Sejak dikeluarkannya Undang-undang Informasi dan Transaksi Elektronik (Akses et al., 2008) telah memberikan jawaban atas keraguan yang ada. UU ITE nomor 11 Tahun 2008 telah memberikan peluang untuk implementasi RME.

Rumah sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis, hal tersebut sesuai dengan Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 29. Selanjutnya didalam (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008) tentang rekam medis pasal 2 ayat (1) rekam medis harus dibuat secara tertulis lengkap dan jelas atau secara elektronik. Secara tersirat pada ayat tersebut memberikan ijin kepada sarana pelayanan kesehatan membuat Rekam Medis Elektronik (RME).

Berdasarkan data Laporan Kinerja Program Prioritas Nasional di tahun 2018 dan ditargetkan sampai tahun 2019 akan ada 60 RS yang sudah terintegrasi rekam mediknya tetapi masih terdapat beberapa kendala yang dihadapi dalam upaya pemenuhan capaian, antara lain adalah : 1) Belum adanya pedoman integrasi rekam medis; 2) Masih lemahnya teknologi informasi di rumah sakit; 3) Telah ada sistem informasi rumah sakit yang tidak dapat diintegrasikan karena terkait dengan *sourcecode* dan hak cipta dari setiap sistem yang telah terpasang. Kesuksesan dalam proses implementasi RME dipengaruhi oleh dukungan teknologi, organisasi, dan *environment* (lingkungan) serta karakteristik personal dari pengguna RME.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 bahwa sistem informasi kesehatan diarahkan untuk pemantapan layanan informasi kesehatan yang lebih cepat, *valid*, *resource sharing*, pemantapan sistem informasi kesehatan standar berbasis elektronik terintegrasi, dan pemantapan penerapan sistem informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Inovasi dan pemanfaatan teknologi dalam pelayanan kesehatan meliputi perluasan sistem rujukan online termasuk integrasi fasilitas kesehatan swasta dalam sistem rujukan, perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan *telemedicine*, digitalisasi rekam medis dan rekam medis *online*. Berikut dapat digambarkan rencana strategi pemerintah pada tahun 2020-2024.

Tabel 2 Target Kinerja Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020- 2024

Program	Target				
	2020	2021	2022	2023	2024
Persentase rumah sakit yang menerapkan Rekam Medis Elektronik(RME) terintegrasi	20%	40%	60%	80%	100%

Sumber: Renstra Permenkes RI Nomor 21 Tahun 2020

Berdasarkan dari data yang ada maka penting dilakukan penelitian tentang faktor dominan yang berpengaruh terhadap penggunaan rekam medis elektronik berdasarkan teori UTAUT (*Unified Theory of Acceptance and Use of Technology*) (Venkatesh et al., 2003). Dasar pertimbangan peneliti menggunakan teori UTAUT adalah metode ini yang paling banyak digunakan pada penelitian yang berhubungan dengan penggunaan teknologisistem informasi di fasilitas pelayanan kesehatan yang hasilnya menyatakan bahwa *performance expectancy*, *effort expectancy*, *social influence* dan *facilitating conditions* memiliki penerimaan yang baik terhadap penggunaan teknologi sistem informasi seperti pada penelitian (Hennington & Janz, 2007); (Hennington & Janz,2007); (Nasir, 2013); (S. Iriani et al., 2014).

Teori ini merupakan teori yang memprediksi dan menjelaskan niat dan perilaku penggunaan sistem informasi yang merupakan pengembangan dari delapan model penelitian sebelumnya yaitu: Teori Tindakan Beralasan (*Theory of Reasoned Action* atau TRA), Model Penerimaan Teknologi (*Technology Acceptance Model* atau TAM), Model Motivasi (*Motivational Model*), Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior* atau TPB), Gabungan Teori

Perilaku Terencana/Model Penerimaan Teknologi (*A Combined Theory of Planned Behavior/Technology Acceptance Model* atau CTPB/TAM), Model Penggunaan Komputer Pribadi (*Model of Personal Computer Use* atau MPCU), Teori Difusi Inovasi (*Diffusion of Innovations Theory* atau DIT), Psikologi Sosial Kognitif, Teori Kognitif (*Social Cognitive Psychology, Cognitive Theory* atau SCT) (Yu, 2012). Pertimbangan lain peneliti menggunakan *backbone* teori UTAUT adalah karena memiliki kelebihan mampu menjelaskan 70% dari varians dalam niat perilaku dan sekitar 50% dalam penggunaan aktual (Yu, 2012); (Wu et al., 2008).

B. Pengantar Teori UTAUT

Model *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) adalah model terpadu yang dikembangkan oleh Venkatesh et al (2003) berdasarkan teori sosial kognitif dengan kombinasi delapan model penelitian terkemuka mengenai penerimaan teknologi informasi (Taiwo & Downe, 2013)

Delapan model penelitian terkemuka yaitu *Theory of Reasoned Action*/TRA, TAM, *Motivational Model*/MM, *Theory of Planned Behavior*/TPB, TAM+TPB, *Model of PC Utilization*/MPCU, *Innovation Diffusion Theory*/IDT, dan *Social Cognitive Theory*/SCT. Teori-teori yang sudah ada ini dikembangkan menjadi sebuah model baru terintegrasi dinamakan teori gabungan penerimaan dan penggunaan teknologi UTAUT.

Pertimbangan peneliti menggunakan model UTAUT adalah terbaru diantara model lain dan telah terbukti berhasil dari delapan teori gabungan penerimaan teknologi dapat menjelaskan hingga 70% varian pengguna (Taiwo & Downe, 2013); (Nasir, 2013). Selain itu untuk menilai penggunaan

RME di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah telah banyak didasarkan pada penggunaan teori UTAUT, salah satunya adalah tentang bagaimana pengaruh penggunaan RME di rumah sakit dengan menggunakan metode UTAUT. Pada penelitian (Hosizah et al., 2015) dan (H. Iriani et al., 2019) tentang faktor yang paling berpengaruh dalam penggunaan sistem informasi di Puskesmas.

UTAUT ini bertujuan untuk menjelaskan niat pengguna untuk menggunakan sistem informasi dan perilaku penggunaan berikutnya. Teori ini menyatakan bahwa ada empat kunci *construct*, yaitu: ekspektansi kinerja (*performance expectancy*); ekspektansi usaha (*effort expectancy*); pengaruh sosial (*social influence*); kondisi-kondisi pemfasilitasi (*facilitating conditions*). Tiga faktor yang pertama penentu langsung niat dan perilaku penggunaan, dan keempat penentu langsung perilaku penggunaan yaitu jenis kelamin, usia, pengalaman, dan kesukarelaan penggunaan dikemukakan sebagai moderator (*to moderate*) dampak dari empat kunci *construct* pada niat dan perilaku penggunaan (Venkatesh et al., 2003)

Validasi berikutnya oleh Venkatesh *et al.* dalam studi longitudinal menemukan bahwa UTAUT menjelaskan 70% dari varians dalam niat perilaku dan sekitar 50% dalam penggunaan actual (Yu, 2012); (Wu et al., 2008).

C. *Theoretical Mapping* Delapan Teori Pembentuk Model UTAUT

Model UTAUT dikembangkan melalui kajian dan konsolidasi konstruk dari delapan model penelitian sebelumnya yang telah digunakan untuk menjelaskan perilaku penggunaan sistem informasi, yaitu: Teori tindakan beralasan (Theory of Reasoned Action atau TRA); Model