

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2008) . Rekam medis pasien mulai beralih menjadi berbasis elektronik dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis. Melalui kebijakan ini fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) termasuk Klinik diwajibkan menjalankan sistem pencatatan riwayat medis pasien *secara elektronik*. Proses transisi dilakukan sampai paling lambat 31 Desember 2023. Berdasarkan temuan lapangan dari Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, USAID *Country Health Information Systems and Data Use Projects* (CHISU), Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, pada *focused group discussion* (FGD) Penyusunan Rencana Aksi Berdasarkan Data M&E SATUSEHAT dan DMI yang dilakukan di Surabaya pada 22-23 Februari 2024; didapatkan beberapa fasilitas kesehatan yang belum menyelenggarakan RME sesuai target yang ditentukan. Masalah utama yang ditemukan adalah belum adanya fitur untuk monitoring dan evaluasi bagi fasilitas pelayanan kesehatan maupun Dinas Kesehatan Provinsi, Kota maupun Kabupaten untuk mengetahui perkembangan progres implementasi RME (Rekam Medis Elektronik) dan DMI (*Digital Maturity Index*) pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2024). Monitoring dan evaluasi tersebut bertujuan untuk

memberikan gambaran sekaligus dapat memberikan pembinaan maupun intervensi spesifik bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang membutuhkan.

Klinik Rawat Inap Cakra Husada berada di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, tepatnya di Kecamatan Turen. Studi pendahuluan pada tanggal 25 April 2024, menunjukkan temuan bahwa klinik tersebut memiliki sejumlah pelayanan di antaranya poli umum, poli gigi, poli KIA, Kamar Bersalin, laboratorium kesehatan, IGD 24 jam dan pelayanan Rawat Inap. Selain itu Klinik Cakra Husada teridentifikasi sebagai satu-satunya klinik di Kecamatan Turen yang memberikan pelayanan rujukan BPJS setiap hari (Senin – Minggu, kecuali hari besar nasional). Sebelum dilakukan penelitian, sistem pelayanan di Klinik Cakra Husada masih menggunakan pencatatan manual berbasis kertas (*paper-based*) pada sebagian besar unit pelayanan. Perangkat komputer telah digunakan pada unit pendaftaran, farmasi, dan laboratorium, namun belum saling terhubung dalam satu jaringan sistem informasi. Kondisi ini menyebabkan proses entri data masih dilakukan secara berulang oleh petugas pendaftaran. Akibatnya, kecepatan akses data pasien, pelaporan kunjungan, serta integrasi dengan sistem nasional seperti P-Care dan SATUSEHAT menjadi terbatas. Situasi tersebut menandakan bahwa klinik masih berada dalam tahap kesiapan digital menengah, di mana sebagian infrastruktur telah tersedia, tetapi belum terintegrasi secara menyeluruh.

Menurut Permenkes No.24 tahun 2022 tentang Rekam Medis menyebutkan dalam Pasal 13, bahwa kegiatan penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik paling sedikit terdiri dari 8 kegiatan, di antaranya : (1) Registrasi Pasien; (2) Pendistribusian data Rekam Medis Elektronik; (3) Pengisian Informasi Klinis; (4)

Pengolahan Informasi Rekam Medis Elektronik; (5) Penginputan Data untuk Klaim Pembiayaan; (6) Penyimpanan Rekam Medis Elektronik; (7) Penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik; dan (8) Transfer isi Rekam Medis Elektronik. Berikut penulis sajikan 8 kegiatan tersebut dalam bentuk deskripsi sesuai kondisi temuan di Klinik Rawat Inap Cakra Husada:

1. Registrasi Pasien.

Registrasi atau Pendaftaran Pasien di Klinik Rawat Inap Cakra Husada dapat dilakukan via JKN *Mobile* baik ketika datang langsung, maupun memesan via antrean online (aplikasi dari BPJS). *List* antrean online tersebut akan didaftarkan kembali secara manual oleh petugas registrasi yang menyebabkan dua kali kerja. Klinik Cakra Husada sebagai FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) telah terdaftar dan terintegrasi dengan Aplikasi P-Care dari Pemerintah RI untuk melayani pasien peserta BPJS Kesehatan. Adapun untuk pendaftaran pasien umum, tercatat dalam SIM-Klinik Cakra Husada yang berbasis *software open source* SIM-Khanza.

2. Pendistribusian data Rekam Medis Elektronik

Pendistribusian data atau penyampaian data secara elektronik antar unit maupun poli di Klinik ini belum dapat dijalankan. Proses distribusi data dilakukan secara konvensional dengan cara praktisi / seorang petugas rekam medis mengantar berkas rekam medis ke poli tujuan pasien. Adapun data yang didistribusikan ke unit farmasi, berupa dokumen kertas resep untuk pengobatan pasien, baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap.

3. Pengisian Informasi Klinis.

Pengisian Informasi Klinis yang meliputi pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan yang dilakukan oleh seluruh praktisi kesehatan yakni bidan, dokter, petugas lab dan perawat. Pada Klinik Cakra Husada masih dilakukan secara konvensional *paper-based* (berbasis kertas dokumen). Hal ini menyebabkan petugas rekam medis bagian *Filing* (penyimpanan) menyalin data tertulis ke dalam bentuk teks *digital* di komputer unit registrasi. Belum ada pembubuhan tanda tangan digital sebagai bukti legalisasi perawatan atau penanganan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan.

4. Pengolahan Informasi Rekam Medis Elektronik.

Pengolahan informasi Rekam Medis di Klinik Cakra Husada dilakukan secara *hybrid* yang berarti campuran, antara konvensional (kertas) dengan elektronik (*digital*) yang penggunaannya disesuaikan kebutuhan dan prioritas kegiatan di Klinik. Dalam praktiknya, hal ini dilakukan oleh 2 orang Perekam Medis.

5. Penginputan Data untuk Klaim Pembiayaan.

Data rekam medis pasien yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan secara langsung diinputkan oleh 1 orang perekam medis dari unit registrasi ke dalam aplikasi P-Care BPJS Kesehatan.

6. Penyimpanan Rekam Medis Elektronik.

Sejauh pengamatan penulis, data rekam medis seluruh pasien umum diinputkan oleh petugas unit registrasi ke dalam SIM-Klinik Cakra Husada,

sudah terintegrasi platform SATUSEHAT, hanya saja Klinik tampaknya tidak pernah mengirim data ke platform pemerintah tersebut.

7. Penjaminan Mutu Rekam Medis Elektronik.

Belum pernah dilakukan Penjaminan mutu sebab tidak ada tim khusus. Kegiatan ini adalah audit mutu Rekam Medis Elektronik yang dilakukan berkala oleh tim *review* Rekam Medis yang dibentuk oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

8. Transfer isi Rekam Medis Elektronik.

Isi Rekam Medis Elektronik pasien yang disimpan oleh SIM-Klinik Cakra Husada belum dapat ditransfer ke fasilitas pelayanan kesehatan penerima rujukan. Bahkan belum dapat diintegrasikan melalui Platform SATUSEHAT dari Pemerintah RI.

Keseluruhan hal tersebut di atas menunjukkan kesenjangan antara regulasi dan implementasi di klinik masih rendah untuk kesiapan transformasi digital di tingkat fasilitas primer, dengan kata lain cakupan kesiapan penerapan RME di Klinik Cakra Husada belum merepresentasikan sepenuhnya kesiapan klinik tersebut. Hal ini akan dapat berisiko bagi Klinik Rawat Inap Cakra Husada menerima sanksi administratif yang regulasinya diatur dalam surat edaran nomor HK.02.01/MENKES/1030/2023. Oleh sebab itu penulis mengajukan topik ini menjadi sebuah usulan penelitian tesis studi deskriptif guna membantu menganalisa *progress* kesiapan Klinik Rawat Inap Cakra Husada dan kendala-kendala yang dihadapi dalam upaya penerapan RME.

B. Fokus Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah yang diuraikan di atas, maka peneliti

membuat fokus riset yang akan dibahas menjadi 4 bagian sebagai berikut :

1. Bagaimana analisa kesiapan sumberdaya manusia dalam upaya penerapan RME di Klinik Rawat Inap Cakra Husada?
2. Bagaimana analisa kesiapan budaya kerja dalam upaya penerapan RME di Klinik Rawat Inap Cakra Husada?
3. Bagaimana analisa kesiapan tata kelola kepemimpinan dalam upaya penerapan RME di Klinik Rawat Inap Cakra Husada?
4. Bagaimana analisa kesiapan infrastruktur dalam upaya penerapan RME di Klinik Rawat Inap Cakra Husada?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan Umum dilakukannya penelitian ini adalah untuk menganalisis kesiapan penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) di Klinik Rawat Inap Cakra Husada Kabupaten Malang menggunakan 4 komponen instrumen DOQ-IT (sumber daya manusia, budaya kerja, tata kelola kepemimpinan dan infrastruktur).

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kesiapan sumber daya manusia di Klinik Rawat Inap Cakra Husada untuk penerapan RME.
- b. Menganalisa kesiapan kondisi budaya kerja di Klinik Rawat Inap Cakra Husada untuk penerapan RME.
- c. Menganalisa kesiapan tata kelola kepemimpinan di Klinik Rawat Inap Cakra Husada untuk penerapan RME.

- d. Menganalisa kesiapan infrastruktur di Klinik Rawat Inap Cakra Husada untuk penerapan RME.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan konstribusi bagi banyak pihak, baik secara teoritis, praktis, akademis dan sosial.

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi dalam bidang kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan khususnya dalam menganalisa kesiapan rekam medis elektronik di suatu klinik.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat diterapkan dalam menganalisis kesiapan penerapan rekam medis elektronik di Klinik Rawat Inap Cakra Husada Kabupaten Malang.

3. Manfaat Akademis

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menjadi proses pembelajaran dan menambah pengalaman, serta wawasan dalam menganalisis kesiapan penerapan rekam medis elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Manfaat Sosial

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan maupun intervensi kepada fasilitas pelayanan kesehatan wilayah cakupan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. Selain itu dapat menjadi instrumen bahan pertimbangan dalam pembuatan

perencanaan maupun *road map* internal Klinik Rawat Inap Cakra Husada Kabupaten Malang secara berkelanjutan.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Orisinalitas Riset

No	Nama/Tahun/Judul Penelitian	Perbedaan dengan Riset Tesis Penulis
1	Sudirahayu & Harjoko (2016) Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik Menggunakan DOQ-IT di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung	RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah) di Lampung — fasilitas rumah sakit lebih besar dan kompleks. Penelitian 2016 ini dilakukan jauh sebelum regulasi 2022 dan sebelum inisiatif SATUSEHAT — sehingga tidak memiliki konteks regulasi nasional terbaru. Pendekatan studi kasus — wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen pada pengguna & pengambil keputusan di RSUD, dengan “EHR Readiness Starter Assessment” dari DOQ-IT. SDM dikategorikan pada <i>range I</i> — yakni pemahaman dan kesiapan SDM sangat rendah. Infrastruktur dinilai cukup (<i>range III</i>), dengan kemungkinan berhasilnya EMR tinggi. Namun mereka belum memiliki EMR — hanya kesiapan. Belum dilaporkan bahwa EMR sudah dioperasikan secara nyata. Fokus pada rumah sakit (sekunder/tertiar), dari sudut pandang kesiapan institusi besar. Berfokus pada rumah sakit dengan staf lengkap dan infrastruktur relatif mapan, berbeda dari setting klinik tingkat primer
2	Vesri Yoga, Bestari Jaka Budiman, Mendhel Yanti (2021) Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) di RSUP Dr. M. Djamil Padang	Penelitian Yoga dkk. berfokus pada rumah sakit besar (sekunder/tersier), sedangkan studi Cakra Husada pada klinik rawat inap primer (klinik, bukan RS besar). Konteks fasilitas primer vs rumah sakit besar memberi perbedaan struktur organisasi, sumber daya, dan tantangan implementasi. — Di RSUP Djamil, EMR belum sepenuhnya diterapkan; staf sudah disosialisasi, tapi sebagian layanan masih mencetak manual. Di klinik Cakra Husada, sudah ada langkah maju: koneksi awal ke platform nasional (SATUSEHAT) dan pengiriman data kunjungan pasien berhasil — artinya bukan sekadar kesiapan, tapi sudah tahap awal implementasi nyata (dibahas di Bab 4 dan 5). — Yoga dkk. memakai <i>purposive sampling</i> dan studi kasus (fokus pada pengambil keputusan & pengguna RME). Sedangkan riset Penulis di Klinik Cakra Husada menggunakan <i>snowball sampling</i> dengan menyebar kuesioner terhadap 25 responden dan mewawancarai 6 informan kunci, dengan triangulasi internal & eksternal — ini memberikan cakupan lebih luas terhadap perspektif

No	Nama/Tahun/Judul Penelitian	Perbedaan dengan Riset Tesis Penulis
		berbagai staf/unit di klinik primer. — Penelitian 2021 dilakukan sebelum terbitnya regulasi terbaru terkait RME; sedangkan tesis penulis mempertimbangkan regulasi terkini (Permenkes 24/2022) serta integrasi ke sistem nasional (SATUSEHAT) — sehingga lebih relevan dengan kebijakan terkini. — Di RSUP Djamil, SDM awal dianggap “sedang dalam proses,” dan infrastruktur dasar tersedia. Di klinik Cakra Husada, temuan menunjukkan bahwa kendala terbesar ada pada kompetensi SDM dan stabilitas jaringan internet di beberapa unit — menunjukkan bahwa tantangan utama di fasilitas kecil/klinik bisa berbeda dari rumah sakit besar. — Penelitian Yoga et al. lebih fokus pada kesiapan (<i>readiness</i>) dan referensi potensi; sedangkan Klinik Cakra Husada dalam tesis ini berhasil menunjukkan output awal implementasi EMR (meskipun belum sempurna).
3	Made Karma Maha Wirajaya, dan Ni Made Umi Kartika Dewi (2020). Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dharma Kerti Tabanan Menerapkan Rekam Medis Elektronik	Penelitian tersebut dilakukan pada rumah sakit (tingkat sekunder/tersier, skala besar) Dharma Kerti. Sementara penulis meneliti klinik rawat inap primer, setting yang umumnya memiliki sumber daya lebih terbatas. — Skala dan jumlah responden menggunakan sampel besar (82 pegawai + wawancara 7 orang). Sedangkan Penulis menggunakan 25 responden + 6 informan kunci — meskipun lebih kecil, tetapi Penulis mencakup berbagai unit klinik dan melakukan triangulasi internal & eksternal, dengan pendekatan kualitatif mendalam. — Status implementasi masih pada <i>kesiapan</i> — RME belum dilaporkan telah dioperasikan. Sedangkan di klinik Cakra Husada sudah ada upaya awal implementasi: koneksi ke platform nasional, dan data kunjungan pasien berhasil dikirim — artinya sudah memasuki tahap <i>pra-implementasi/implementasi awal</i>. — Temuan aspek SDM dan infrastruktur dijelaskan bahwa SDM relatif paling lemah (57.14%) dibanding aspek lain. Dalam penelitian penulis juga menemukan bahwa kompetensi SDM dan stabilitas jaringan/infrastruktur antarunit adalah kesenjangan utama — permasalahan serupa meskipun setting berbeda. — Penggunaan metode analisis & desain penelitian Dharma Kerti menggunakan metode campuran: kuantitatif &

No	Nama/Tahun/Judul Penelitian	Perbedaan dengan Riset Tesis Penulis
		kualitatif. Sedangkan penulis memilih pendekatan kualitatif deskriptif dengan kuesioner terbuka, wawancara dan triangulasi, menekankan eksplorasi mendalam. – Dalam konteks kebijakan & relevansi regulasi, Studi 2020 ini tidak menyebut regulasi nasional terbaru (karena sebelum era regulasi 2022), sedangkan penelitian penulis berangkat dari konteks regulasi Peraturan Menteri Kesehatan 24 Tahun 2022 dan integrasi ke platform nasional—menambah relevansi kebijakan mutakhir.
4	Praptana, K. Puspita Ningsih, S. Santoso, and I. Sevtiani (2021) Pendampingan Penilaian Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik di RS Condong Catur Sleman	Penelitian Praptana dkk. dilakukan di rumah sakit (RS), sedangkan riset Penulis di klinik rawat inap — perbedaan setting ini penting karena struktur organisasi, jumlah SDM, dan kompleksitas pelayanan berbeda. Studi mereka memfokuskan pada asesmen kesiapan (pre-implementasi). Skor 69,38 menunjukkan kesiapan menengah. Sedangkan di tesis penulis, selain asesmen kesiapan, sudah ada langkah awal implementasi: koneksi ke sistem nasional dan pengiriman data kunjungan — sehingga riset Penulis menjembatani dari tahap kesiapan menuju tahap implementasi. Praptana dkk. menggunakan metode kuantitatif (skor DOQ-IT) plus pendampingan/sosialisasi, sedangkan kamu memakai pendekatan kualitatif deskriptif dengan kuesioner terbuka, wawancara mendalam, dan triangulasi — memberikan kedalaman analisis konteks dan persepsi SDM. Meskipun skor “cukup siap”, penelitian Praptana menunjukkan bahwa banyak staf awalnya belum menyadari pentingnya asesmen kesiapan, artinya aspek manusia & budaya menjadi kunci. Hal ini sejalan dengan temuanmu bahwa aspek SDM, pelatihan, dan stabilitas jaringan menjadi hambatan utama. Artikel 2021 itu belum memasukkan regulasi nasional terbaru (karena sebelum regulasi 2022), sedangkan riset Penulis mempertimbangkan regulasi terkini dan integrasi dengan platform nasional
5	Kholifatul Arifani (2022) Analisis Kesiapan Penerapan Rekam	Studi Arifani dilakukan di rumah sakit Wiyung Sejahtera Surabaya, sedangkan riset Penulis dilakukan di klinik rawat inap primer. Artinya konteks organisasi, skala, sumber daya, dan kompleksitas pelayanan sangat berbeda. — Arifani menggunakan pendekatan kuantitatif dan skor

No	Nama/Tahun/Judul Penelitian	Perbedaan dengan Riset Tesis Penulis
	Medis Elektronik di RS Wiyung Sejahtera Surabaya	numerik untuk menilai kesiapan. Sedangkan riset Penulis menggunakan metode kualitatif deskriptif, dengan kuesioner terbuka, wawancara mendalam, dan triangulasi — sehingga memberikan kedalaman pemahaman tentang persepsi, kendala, dan dinamika implementasi dalam konteks klinik. —Dalam hal Tingkat Kesiapan & Realitas Implementasi, Arifani melaporkan “sangat siap” berdasarkan skor DOQ-IT. Sebaliknya, di klinik Cakra Husada, meskipun ada kemajuan (mis. integrasi awal ke sistem nasional), ditemukan kesenjangan nyata, terutama pada kompetensi SDM, stabilitas jaringan, dan belum adanya SOP sehingga tingkat kesiapan dikategorikan “cukup siap.” Hal ini menunjukkan bahwa skor kuantitatif tinggi belum selalu mencerminkan kesiapan nyata — terutama di fasilitas dengan sumber daya terbatas. —Konteks Masalah Sebelum Implementasi di RS Wiyung Sejahtera, terdapat masalah utama yang berasal dari ketidakteraturan berkas kertas dan risiko kehilangan data; penelitian Arifani melihat RME sebagai solusi untuk masalah klasik rekam medis manual. Di klinik Cakra Husada, kondisi awal tidak hanya soal berkas manual, tetapi juga tantangan integrasi antar-unit, pelatihan SDM, dan infrastruktur, menunjukkan kompleksitas tambahan dalam setting klinik. —Relevansi Kebijakan / Regulasi & Skala Implementasi : Riset Penulis mempertimbangkan regulasi nasional dan integrasi ke platform nasional (SATUSEHAT), sedangkan studi 2022 oleh Arifani berfokus pada kesiapan internal RS secara lokal — perbedaan dalam lingkup kebijakan membuat relevansi implementasi dan tantangan berbeda.
6	Rifki Kapitan (2023) Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik di RSUD Bandar Negara Husada Provinsi Lampung	Disebabkan RSUD Bandar Negara besar, hasilnya mewakili institusi dengan kapasitas dan sumber daya relatif tinggi, berbeda dengan klinik rawat inap primer seperti Klinik Cakra Husada. Artinya tantangan dan prioritas bisa berbeda (SDM, jaringan, SOP, integrasi antarunit, dsb.). —Fokus informan terbatas pada manajemen & bagian rekam medis/IT, sehingga perspektif staf operasional, unit farmasi, perawat, bidan, dll., mungkin kurang terwakili. Sebaliknya, penelitian penulis dengan banyak responden dari berbagai unit memberikan gambaran kesiapan dari berbagai sudut pandang unit. —Pelatihan belum dilakukan di RSUD tersebut, meskipun aspek manajemen & teknologi tersedia — menunjukkan bahwa pelatihan/kapasitas SDM tetap menjadi “kebutuhan mendesak” bahkan di fasilitas besar. Ini konsisten dengan

No	Nama/Tahun/Judul Penelitian	Perbedaan dengan Riset Tesis Penulis
		temuan Penulis dalam Tesis ini (dibahas di Bab 4 dan 5) bahwa SDM & pelatihan adalah kendala utama.
7	Kencana Indah Arianti (2023) Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik Dengan Pendekatan Doctor's Office Quality Information Technology Unit Rawat Inap Di Rumah Sakit Tk III Brawijaya	Arianti dkk. meneliti rumah sakit tingkat TK III — struktural, sumber daya, dan fasilitas relatif besar. Sedangkan riset penulis dilakukan di klinik rawat inap tingkat primer / klinik kecil → kondisi sumber daya, staf, dan unit layanan berbeda. —Metodologi penelitian tersebut memakai pendekatan kuantitatif (kuesioner terstruktur DOQ-IT), disebar ke staf relevan, diterjemahkan dan diuji validitas–reliabilitas (Cronbach's Alpha = 0,938). Hasil skor total 94,6 → dikategorikan “sangat siap” untuk implementasi RME di unit rawat inap berdasarkan persepsi dan fasilitas, tetapi belum dilaporkan bahwa RME sudah berjalan penuh. Sedangkan riset Penulis di Klinik Cakra Husada, terdapat implementasi awal (integrasi ke sistem nasional, pengiriman data kunjungan) menunjukkan tahap transisi dari kesiapan menuju implementasi nyata. —Relevansi regulasi & konteks kebijakan: Penelitian 2023 itu relatif generik terhadap DOQ-IT readiness; sedangkan riset penulis berkonteks regulasi nasional terbaru (Permenkes 24/2022) serta pengintegrasian ke platform nasional SATUSEHAT. Hal ini memberi nilai kebijakan dan relevansi implementatif yang lebih kontekstual. —Kendala nyata vs skor ideal: Meskipun skor “sangat siap” di Brawijaya, riset penulis di Klinik Cakra Husada menunjukkan kendala nyata: ketidakmerataan kompetensi SDM, stabilitas jaringan, belum adanya SOP, serta integrasi unit masih parsial, menunjukkan bahwa skor kuantitatif saja bisa “menyembunyikan” tantangan implementasi di level operasional dan sumber daya terbatas
8	Wahyu Wijaya Widiyanto,dkk (2023) Analysis of Readiness For Implementation of Electronic Medical Records Using DOQ-IT Method in Milla Husada Clinic	Widiyanto dkk. melaporkan bahwa klinik mereka sudah dalam kategori “Sangat Siap (Range III)”. Sementara penelitian penulis menunjukkan bahwa klinik masih dalam kategori “Cukup Siap (Range II)”, artinya kesiapan di klinik Cakra Husada lebih moderat. —Metodologi & Pendekatan Data: Mereka menggunakan pendekatan kuantitatif (kuesioner tertutup, skor numerik); sedangkan penulis memakai pendekatan kualitatif —kuesioner terbuka, wawancara mendalam , triangulasi + analisis naratif. Pendekatan penulis memungkinkan penjelajahan persepsi, kendala nyata, dan dinamika implementasi di tingkat unit/staf. —Konteks & Temuan Nyata Implementasi: Di klinik Cakra Husada, temuan bukan hanya kesiapan tetapi juga langkah awal implementasi (misalnya integrasi ke sistem nasional,

No	Nama/Tahun/Judul Penelitian	Perbedaan dengan Riset Tesis Penulis
		pengiriman data). Sedangkan studi Widiyanto fokus pada kesiapan (assessment), tidak melaporkan tahap implementasi nyata. Detail Kendala & Faktor Risiko: Karena metodologi kualitatif dan banyak unit/responden, riset penulis mengidentifikasi kendala seperti ketimpangan kompetensi SDM, stabilitas jaringan antar-unit, belum adanya SOP, dan masalah integrasi antar-unit — yaitu isu operasional yang lebih konkret. Sementara Widiyanto dkk. menyebut secara umum kebutuhan pelatihan pada SDM, tanpa analisis kontekstual mendalam.
9	Muhlizardy, Winda Azmi Meisari, Ummu Muti'ah & Meylia Isna (2023) Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik Di Klinik Amc 'Aisyiyah	Muhlizardy dkk. menggunakan survei kuantitatif tertutup (kuesioner DOQ-IT), sehingga hasilnya dalam skor dan kategorial (104.75 → “sangat siap”). Sementara penulis menggunakan pendekatan kualitatif — kuesioner terbuka, wawancara mendalam, triangulasi — yang memungkinkan identifikasi nuansa, kendala konkret, dan dinamika unit/staf. Status Implementasi Riil vs Hanya Penilaian di AMC 'Aisyiyah menunjukkan bahwa klinik siap secara teori. Tidak ada laporan bahwa klinik telah melakukan <i>bridging</i> ke sistem nasional atau integrasi nyata. Dalam riset penulis, meskipun kesiapan belum sempurna, sudah ada tindakan nyata: koneksi awal ke sistem nasional (SATUSEHAT) dan pengiriman data kunjungan pasien — menunjukkan bahwa riset penulis melampaui “penilaian kesiapan” menjadi “implementasi awal”. Detail Kendala & Realitas Praktik: Karena metode kualitatif dan cakupan unit luas, riset penulis mengungkap kendala operasional spesifik: ketimpangan kompetensi SDM, stabilitas jaringan antar-unit, belum ada SOP, dan integrasi unit yang parsial — aspek-aspek ini mungkin tidak muncul pada survei kuantitatif DOQ-IT karena respons cenderung ideal. Relevansi Regulasi & Kebijakan Terbaru: Riset penulis mempertimbangkan regulasi nasional terbaru (misalnya kewajiban RME oleh pemerintah, interoperabilitas ke platform nasional) — jadi memiliki konteks kebijakan yang lebih mutakhir. Penelitian 2023 di AMC 'Aisyiyah tidak menekankan regulasi eksternal tersebut (atau setidaknya abstrak tidak menyebut secara spesifik).

No	Nama/Tahun/Judul Penelitian	Perbedaan dengan Riset Tesis Penulis
10	Arifah Damayanti, (2024) Analisis Kesiapan Penerapan RME di Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit UNS menggunakan metode Doctor's Office Quality-Information Technology (DOQ-IT)	Penelitian Damayanti dkk. fokus pada layanan rawat jalan di RS besar — setting pelayanan berbeda dibanding klinik rawat inap kecil-menengah seperti Klinik Cakra Husada. Hal ini mempengaruhi kematangan organisasi, jumlah SDM, volume layanan, dan kompleksitas manajemen. Skor kesiapan & hasil akhir: RS UNS mendapatkan skor tinggi (121 → “sangat siap”). Sedangkan di klinik Cakra Husada, hasil menunjukkan kesiapan “cukup siap”, dengan sejumlah gap pada SDM, jaringan, integrasi antarunit, dan belum ada SOP, sehingga belum masuk tahap sangat siap. Tingkat implementasi nyata: Dalam penelitian RS UNS, penilaian adalah kesiapan — tidak dilaporkan implementasi operasional penuh. Adapun dalam riset penulis, selain evaluasi kesiapan, ada langkah nyata: klinik telah mulai melakukan koneksi ke sistem nasional dan pengiriman data kunjungan pasien — menunjukkan kemajuan dari sekadar kesiapan menuju aksi implementatif. Kompleksitas tantangan operasional: Karena setting klinik kecil/menengah dengan sumber daya terbatas, riset penulis mengungkap tantangan nyata seperti ketimpangan kompetensi staf, kestabilan jaringan antarunit, integrasi data antar-unit, dan kebutuhan SOP/data governance. Tantangan ini bisa berbeda dan mungkin lebih kompleks dibanding RS besar seperti RS UNS. Relevansi regulasi & kontekstual kebijakan: Riset Penulis berada dalam konteks regulasi nasional terbaru (misalnya kebijakan RME & integrasi nasional), menjadikannya relevan dengan kondisi implementasi terkini. Artikel RS UNS juga mengacu Peraturan Menteri Kesehatan 2022, tapi settingnya RS besar — berbeda dengan klinik kecil.

Bila disimpulkan secara keseluruhan, tesis milik penulis memiliki empat pembeda utama dibanding 10 karya DOQ-IT sebelumnya:

1. Konteks Regulasi & Integrasi SATUSEHAT.

Hampir semua penelitian terdahulu hanya menilai kesiapan internal (SDM, budaya kerja, leadership, infrastruktur).

→ Tesis penulis adalah satu-satunya yang melibatkan implementasi nyata berupa koneksi awal ke SATUSEHAT dan pengiriman data kunjungan. Penelitian lain hanya membahas: “kesiapan sistem informasi, “kesiapan perangkat, awareness digital”, tanpa *bridging real-time*.

2. Metodologi Hybrid yang Unik (Kualitatif , Kuesioner DOQ-IT , 4 Triangulator)

Pada 10 penelitian sebelumnya mayoritas memakai DOQ-IT secara *scoring* kuantitatif, sebagian kecil memakai wawancara, namun tidak ada yang memakai: 25 responden awal → disaring dengan snowball → 6 informan → 4 triangulator (3 internal + 1 external expert) triangulasi metodologis & sumber secara lengkap.

→ Metodologi penulis paling komprehensif dibanding 10 penelitian rujukan.

3. Setting Klinik Kecil–Menengah (Jarang Dibahas)

Sebagian besar penelitian DOQ-IT dilakukan pada Rumah sakit besar (Brawijaya, RSUD Bandar Negara Husada, RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek) , Rumah Sakit tipe D/C, Puskesmas. Hanya 2-3 referensi yang meneliti klinik, tetapi klinik tersebut sudah punya infrastruktur lebih mapan tidak ada yang berfokus pada klinik rawat inap dengan keterbatasan sumber daya seperti pada riset penulis.

→ Tesis penulis mengisi gap setting fasilitas kesehatan kecil yang di era SATUSEHAT justru paling membutuhkan kajian kesiapan.

4. Hasil Kesiapan dan Gap Analysis Lebih Mendalam

Penelitian lain rata-rata hanya menyimpulkan: Siap / Cukup Siap / Tidak Siap berdasarkan skor DOQ-IT. Sedangkan tesis penulis: menyatakan *Range II* (Cukup Siap) dengan argumentasi mendalam, mengidentifikasi kesenjangan spesifik:

kompetensi SDM, ketidakstabilan jaringan antarunit, belum adanya SOP, duplikasi input antar aplikasi, mengaitkannya dengan literatur nasional & internasional, memberikan analisis gap→aksi nyata (*bridging* SATUSEHAT)

→ Tingkat depth of analysis jauh lebih kuat daripada penelitian 10 referensi sebelumnya.

