

Keberhasilan Implementasi Kebijakan Rekam Medis Elektronik Ditinjau dari Perspektif Struktur Birokrasi

The Success of Electronic Medical Record Policy Implementation from a Bureaucratic Structure Perspective

Puput Sugiarto¹, Cahya Tri Purnami², Sutopo Patria Jati³

¹Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Semarang ^{1,2,3}Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro
(e-mail: puputsugiartormik@gmail.com, Jl. Tirto Agung, Semarang, Indonesia)

ABSTRAK

Seluruh fasilitas pelayanan kesehatan wajib menerapkan Rekam Medis Elektronik (RME), namun implementasinya masih menghadapi berbagai tantangan, terutama terkait struktur birokrasi di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis keberhasilan implementasi RME dengan menyoroti aspek struktur birokrasi berdasarkan model implementasi kebijakan George Edward III. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus di tiga rumah sakit tipe C di Jawa Tengah. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi terhadap 13 informan yang terdiri atas pimpinan unit rekam medis, teknologi informasi, serta bidang pelayanan medis. Hasil menunjukkan bahwa rumah sakit yang membentuk tim khusus implementasi RME memiliki proses lebih terarah, koordinasi lebih baik, serta pelatihan tenaga kesehatan lebih optimal dibanding rumah sakit tanpa tim khusus. Sebaliknya, ketidakhadiran tim khusus menimbulkan hambatan koordinasi dan keterlambatan adopsi sistem. Struktur birokrasi yang adaptif dan terorganisir terbukti mendukung keberhasilan implementasi RME, sehingga pembentukan tim khusus disarankan untuk mempercepat adopsi dan meningkatkan mutu layanan.

Kata Kunci: *Rekam Medis Elektronik, Struktur Birokrasi, Implementasi Kebijakan, Rumah Sakit, Studi Kasus*

ABSTRACT

All healthcare facilities are required to implement Electronic Medical Records (EMR), but its implementation still faces various challenges, particularly related to the bureaucratic structure within hospitals. This study aims to analyze the success of EMR implementation by highlighting aspects of the bureaucratic structure based on the George Edward III policy implementation model. The study used a qualitative method with a case study approach in three type C hospitals in Central Java. Data were collected through in-depth interviews, observations, and documentation studies with 13 informants consisting of heads of medical records units, information technology units, and medical services units. The results show that hospitals that formed a dedicated EMR implementation team had a more focused process, better coordination, and more optimal training of healthcare workers compared to hospitals without a dedicated team. Conversely, the absence of a dedicated team created coordination barriers and delayed system adoption. An adaptive and organized bureaucratic structure has been shown to support the success of EMR implementation, therefore the formation of a dedicated team is recommended to accelerate adoption and improve service quality.

Keywords: *Electronic Medical Records, Bureaucratic Structure, Policy Implementation, Hospital, Case Study*

PENDAHULUAN

Digitalisasi dalam bidang kesehatan secara terus-menerus mengalami perkembangan yang sangat pesat, terutama dalam pengelolaan rekam medis pasien. Pemerintah Indonesia telah mewajibkan bagi seluruh fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) untuk menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik (RME) (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, n.d.). Kebijakan tersebut bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan keamanan dalam pengelolaan data dan informasi kesehatan pasien. Implementasi RME diharapkan dapat mengatasi berbagai tantangan dalam sistem rekam medis konvensional, seperti ketidakakuratan data, keterbatasan aksesibilitas, risiko kehilangan atau kerusakan dokumen fisik, duplikasi, keterbatasan akses *real-time* antar fasyankes, serta hambatan dalam integrasi data untuk kontinuitas pelayanan pasien (Harisa et al., 2023) (Tri Utami et al., 2024) (Nurchayani et al., 2024).

Kebijakan RME yang diterapkan di Indonesia menghasilkan potensi yang cukup besar untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Faktor pendukung utama dalam implementasi RME antara lain dukungan pemerintah, kemajuan teknologi, pendidikan dan pelatihan, serta manfaat klinis dan administratif. Namun, tantangannya antara lain biaya, kesiapan infrastruktur, keamanan dan privasi data, resistensi terhadap perubahan, serta kompleksitas integrasi sistem (Sugiarto et al., 2024). Selain itu, tantangan ketidakpatuhan dalam pengisian RME juga menjadi hal yang perlu diperhatikan yang disebabkan oleh pengetahuan, sikap, komitmen, motivasi, maupun beban kerja tenaga kesehatan (Lavender et al., 2024).

Keberhasilan implementasi RME tidak hanya bergantung pada ketersediaan teknologi informasi semata, namun juga dipengaruhi oleh berbagai faktor organisasi dan manajerial. Model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh George Edward III menyoroti empat aspek utama yang mempengaruhi efektivitas kebijakan, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi (Marniati, 2021). Dalam hal implementasi RME, struktur birokrasi memainkan peran yang sangat penting dalam menentukan kelancaran adopsi sistem ini. Struktur birokrasi yang kompleks dan hierarkis dapat menjadi hambatan dalam proses adopsi teknologi baru, terutama jika tidak diimbangi dengan kebijakan yang mendukung perubahan serta kepemimpinan yang responsif (Cresswell & Sheikh, 2013). Hasil penelitian sebelumnya, hambatan utama dalam adopsi RME adalah resistensi organisasi, kurangnya pelatihan, dan struktur

birokrasi yang kaku (Kruse et al., 2016). Kesiapan implementasi RME juga sangat dipengaruhi oleh dukungan pimpinan (Pratiwi et al., 2024). Diperlukan komitmen organisasi untuk meningkatkan kinerja dan kualitas layanan kesehatan (Wahono et al., 2025). Selain itu, diperlukan peran serta tenaga kesehatan (misalnya perawat) dalam proses perencanaan hingga evaluasi untuk pengoptimalan implementasi RME yang berimplikasi kepada kualitas pendokumentasian dan *management patient safety* (Aprilia et al., 2024).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis keberhasilan implementasi RME dengan fokus pada aspek struktur birokrasi. Melalui penelitian ini diharapkan dapat diperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai bagaimana struktur birokrasi di rumah sakit berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi RME, serta rekomendasi yang dapat diberikan untuk mengoptimalkan kebijakan tersebut. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi acuan bagi pemangku kebijakan dalam merancang strategi yang lebih efektif untuk mempercepat digitalisasi sistem rekam medis di Indonesia.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan di tiga rumah sakit tipe C yaitu rumah sakit X, Y, dan Z di wilayah Jawa Tengah. Subjek penelitian terdiri dari 13 orang yang meliputi kepala instalasi rekam medis, kepala instalasi teknologi informasi, perekam medis dan informasi kesehatan, petugas teknologi informasi, serta kepala bidang pelayanan medis di masing-masing rumah sakit.

Penelitian ini berdasarkan model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh George Edward III yang memiliki empat aspek utama yang mempengaruhi efektivitas kebijakan, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Objek penelitian ini adalah implementasi RME dengan fokus pada aspek organisasi birokrasi yang diturunkan meliputi mekanisme koordinasi, prosedur dalam implementasi RME, dan tingkat fleksibilitas birokrasi untuk memahami bagaimana struktur organisasi mempengaruhi keberhasilan implementasi RME di fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini dilaksanakan dalam rentang waktu Desember 2024 hingga Februari 2025. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi non partisipatif, dan studi dokumentasi. Wawancara mendalam digunakan untuk menggali pengalaman dan pandangan para informan mengenai implementasi RME, sedangkan observasi non

partisipatif bertujuan untuk memahami dinamika yang telah terjadi dalam proses implementasi. Studi dokumentasi dilakukan dengan menganalisis kebijakan, prosedur, dan dokumen terkait implementasi RME di rumah sakit.

Data yang diperoleh dianalisis dengan teknik tematik untuk mengidentifikasi pola dan tema yang berkaitan dengan struktur birokrasi dalam implementasi RME. Keabsahan data dijamin melalui triangulasi sumber dan metode, serta konfirmasi hasil dengan para informan untuk memastikan validitas temuan penelitian.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan (*ethical clearance*) dari Komite Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro dengan nomor sertifikat 297/EA/KEPK-FKM/2024.

HASIL

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi RME pada masing-masing rumah sakit yaitu rumah sakit X, Y, dan Z memiliki perbedaan yang signifikan terkait struktur birokrasi yang diterapkan dalam proses adopsi RME. Struktur birokrasi meliputi mekanisme koordinasi, prosedur implementasi, dan tingkat fleksibilitas birokrasi.

Dalam mekanisme koordinasi, rumah sakit X membentuk tim khusus untuk mengelola implementasi RME. Keberadaan tim RME ini berperan dalam mengontrol dan memfokuskan pekerjaan yang terkait dengan penerapan sistem RME. Dengan dibentuknya tim khusus, proses implementasi lebih terstruktur dan terpantau dengan baik. Tim ini juga secara rutin mengadakan pertemuan untuk membahas perkembangan sistem serta menyelesaikan kendala yang dihadapi selama proses implementasi. Selain itu, tim khusus bertanggung jawab dalam melakukan sosialisasi dan pelatihan penggunaan RME kepada seluruh tenaga kesehatan terkait. Hal ini mempercepat adopsi sistem serta meningkatkan pemahaman dan keterampilan staf dalam mengoperasikan RME. Rumah sakit X mengembangkan sistem RME sendiri tanpa menggunakan layanan dari pihak ketiga.

Berbeda dengan rumah sakit X, rumah sakit Y tidak membentuk tim khusus untuk implementasi RME. Sebaliknya, sistem ini diintegrasikan ke dalam struktur organisasi yang sudah ada. Keterbatasan tenaga kerja dan kurangnya pengetahuan teknis menjadi faktor utama yang menyebabkan keputusan tersebut diambil. Akibatnya, proses adopsi RME berlangsung lebih lambat karena tidak ada tim yang secara khusus

bertanggung jawab dalam mengelola sistem ini. Koordinasi antar unit menjadi tantangan utama dalam implementasi, terutama dalam hal pelatihan dan sosialisasi kepada staf rumah sakit. Namun, rumah sakit Y didampingi oleh pihak pengembang sistem RME pihak ketiga yang membantu dalam penerapan dan pelatihan sistem.

Sama seperti rumah sakit X, rumah sakit Z juga membentuk tim khusus untuk implementasi RME. Keberadaan tim ini mempermudah proses implementasi karena setiap Langkah dalam penerapan sistem dapat dikontrol dan difokuskan oleh tim yang bertanggung jawab. Tim khusus ini secara rutin mengadakan pertemuan untuk mengevaluasi progres implementasi dan mengidentifikasi kendala yang dihadapi. Selain itu, tim ini berperan dalam sosialisasi dan pelatihan bagi tenaga kesehatan guna memastikan bahwa sistem dapat diadopsi dengan cepat dan efektif. Namun, berbeda dengan rumah sakit X yang mengembangkan sistemnya sendiri, rumah sakit Z menggunakan layanan dari pihak ketiga dalam implementasi RME (Tabel 1).

Tabel 1. Kelebihan dan Kekurangan Struktur Birokrasi di Rumah Sakit X, Y, Z

Struktur	Kelebihan	Kekurangan
Dengan Tim Khusus (RS X, RS Z)	Koordinasi cepat; keputusan terpusat; evaluasi rutin; sosialisasi dan pelatihan sistematis; pengendalian perubahan lebih tertib	Perlu alokasi SDM dan anggaran khusus; tuntutan dokumentasi dan disiplin proses lebih tinggi
Tanpa Tim Khusus (RS Y)	Tidak perlu membentuk struktur baru; mengikuti garis organisasi yang ada	Kehilangan fokus dan akuntabilitas; pelatihan terfragmentasi; <i>coordination loss</i> ; ketergantungan vendor; laju adopsi lebih lambat

Pengelolaan sistem birokrasi dalam implementasi RME memiliki dampak positif dan negatif dalam pelaksanaannya. Kelebihan dengan dibentuknya tim khusus antara lain mempermudah koordinasi antar unit dalam pengelolaan RME, adanya pertemuan rutin meningkatkan evaluasi dan penyelesaian kendala, serta sosialisasi dan pelatihan lebih intensif sehingga adopsi sistem lebih cepat. Kekurangannya adalah membutuhkan sumber daya manusia tambahan yang khusus menangani RME dan membutuhkan anggaran lebih besar untuk mendukung operasional tim. Sebaliknya, dengan tidak dibentuknya tim khusus juga memiliki dampak positif yaitu tidak membutuhkan pembentukan struktur organisasi baru sehingga lebih hemat biaya dan fleksibel dalam mengadaptasi RME ke dalam sistem organisasi yang sudah ada. Kekurangannya yaitu kurang terkontrol karena tidak ada tim khusus yang menangani RME, koordinasi antar unit menjadi lebih sulit dan

memperlambat adopsi sistem, serta sosialisasi dan pelatihan kurang optimal karena dilakukan secara terpisah oleh unit terkait.

Penelitian ini menunjukkan bahwa keberadaan tim khusus dalam implementasi RME dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam adopsi sistem. Dengan adanya tim khusus akan berdampak pada koordinasi yang lebih baik, pemantauan yang lebih ketat, dan percepatan dalam pelaksanaan kebijakan. Rumah sakit yang tidak memiliki tim khusus menghadapi hambatan dalam koordinasi, pelatihan, dan pengelolaan sistem. Namun, pendampingan oleh pengembang sistem dapat membantu mengurangi beberapa kendala tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga rumah sakit (X, Y, dan Z) belum memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) yang baku terkait implementasi RME. Ketiadaan SOP ini disebabkan oleh fakta bahwa sistem RME masih berada dalam tahap pengembangan yang dinamis sehingga setiap rumah sakit cenderung menyesuaikan prosedurnya dengan perkembangan sistem yang terus berubah.

Dalam mengatasi hal tersebut, prosedur implementasi dijalankan melalui pendekatan yaitu pelatihan, sosialisasi, dan pendampingan. Rumah sakit X dan Z melakukan pelatihan melalui tim khusus yang dibentuk, sedangkan di RS Y pelatihan dilakukan secara parsial dengan pendampingan dari vendor ketiga. Rumah Sakit X dan Z melaksanakan sosialisasi terjadwal melalui pertemuan rutin yang difasilitasi tim khusus, sementara RS Y lebih banyak mengandalkan vendor untuk melakukan sosialisasi kepada tenaga kesehatan. Pendampingan di RS X dilakukan oleh tim internal karena sistem dikembangkan sendiri, sedangkan RS Y dan Z mendapat pendampingan intensif dari pihak ketiga karena sistem yang digunakan bukan milik internal. Untuk memperjelas perbedaan antar rumah sakit, tabel berikut ini merangkum hasil temuan utama yang meliputi (Tabel 2):

Tabel 2. Perbedaan Aspek Prosedur dalam Implementasi di Rumah Sakit X, Y, Z

Aspek	RS X			RS Y			RS Z		
Ketersediaan SOP	Belum baku; disusun oleh tim internal	ada SOP prosedur sementara		Belum baku; panduan dari vendor	ada SOP menunggu		Belum baku; proses penyusunan oleh tim IT dan manajemen mutu	ada SOP	
Pendekatan Pelatihan	Pelatihan oleh pengembang; dilakukan rutin setiap	internal tim		Pelatihan parsial oleh vendor; tidak terjadwal secara rutin	secara		Pelatihan oleh tim IT	internal IT	

		pembaruan sistem			
Pendekatan Sosialisasi		Terjadwal melalui pertemuan rutin antarunit	Dilakukan oleh vendor kepada pengguna	oleh kepada	Dilakukan oleh tim internal melalui rapat koordinasi
Pendekatan Pendampingan		Pendampingan intensif oleh tim internal pengembang sistem	Pendampingan penuh oleh vendor eksternal		Pendampingan campuran melalui internal dan vendor
Keterlibatan Pihak Ketiga		Tidak ada; sistem dikembangkan dan dikelola internal	Tinggi; vendor berperan dalam pelatihan, sosialisasi, dan pendampingan	vendor dalam dan	Sedang; vendor terlibat pada tahap implementasi dan troubleshooting awal

Kondisi seperti ini mengindikasikan bahwa prosedur implementasi masih bersifat *ad-hoc* dan adaptif dengan ketergantungan pada mekanisme sosialisasi, pelatihan, dan pendampingan. Ketiadaan SOP baku dapat menyebabkan inkonsistensi pelaksanaan antar unit, kesenjangan pemahaman pengguna, serta potensi hambatan dalam evaluasi jangka Panjang. Namun, disisi lain, fleksibilitas prosedural ini memungkinkan rumah sakit untuk lebih cepat menyesuaikan diri terhadap perubahan teknologi yang terus berkembang.

Secara umum, ketiga rumah sakit menunjukkan tingkat fleksibilitas birokrasi yang relatif baik dalam menerima perubahan kebijakan dan menyesuaikan prosedur kerja untuk mendukung implementasi RME. Fleksibilitas ini tercermin dari aspek kemampuan adaptasi organisasi terhadap perubahan sistem, kesiapan sumber daya manusia dalam mengikuti pelatihan, serta keterbukaan terhadap Kerjasama dengan pihak ketiga.

Ketiga rumah sakit tidak menunjukkan resistensi yang kuat terhadap perubahan sistem, baik dari pimpinan maupun tenaga kesehatan. Sebagian besar pegawai bersedia menyesuaikan pola kerja, mengikuti pelatihan tambahan, serta memberikan masukan terhadap pengembangan sistem. Resistensi hanya terjadi pada saat awal dimulainya implementasi sistem RME, terutama terjadi pada tenaga kesehatan dengan usia cukup senior yang membutuhkan waktu lebih lama untuk beradaptasi dengan sistem digital. Namun, terdapat variasi dalam tingkat responsibilitas, kesediaan mengikuti pelatihan, dan ketergantungan terhadap pihak ketiga, sebagaimana dalam Tabel 3.

Tabel 3. Perbedaan Aspek Prosedur dalam Implementasi di Rumah Sakit X, Y, Z

Aspek	RS X	RS Y	RS Z
Responsibilitas	Tinggi; pimpinan dan staf aktif berpartisipasi dalam perbaikan sistem	Sedang; respon masih bergantung pada arahan pimpinan; inisiatif individu	Tinggi; tiap unit memiliki penanggung jawab dalam implementasi

	internal; mekanisme pelaporan masalah berjalan efektif	terbatas	RME
Kesediaan Mengikuti Pelatihan	Tinggi; pegawai antusias mengikuti pelatihan internal dan bersedia pendampingan untuk fitur baru	Sedang; partisipasi bervariasi; sebagian tenaga senior masih pasif dalam pelatihan	Tinggi; seluruh tenaga kesehatan mengikuti pelatihan
Ketergantungan Pihak Ketiga	Rendah; sistem dikembangkan internal	Tinggi; sangat bergantung pada vendor perbaikan sistem dan pelatihan lanjutan	Sedang; masih membutuhkan dukungan vendor untuk update sistem

Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat fleksibilitas birokrasi berbeda antar rumah sakit. RS X dan RS Z memiliki tingkat fleksibilitas yang lebih baik dibanding RS Y melalui tingginya responsibilitas, kesediaan mengikuti pelatihan, dan upaya mengurangi ketergantungan pada pihak ketiga. Sedangkan RS Y masih menunjukkan pola birokrasi yang lebih kaku dan tergantung pada vendor sehingga proses adaptasi terhadap perubahan sistem berjalan lebih lambat. Fleksibilitas birokrasi terbukti menjadi faktor penting yang memungkinkan organisasi untuk menyesuaikan diri dengan perubahan teknologi dan mendukung keberlanjutan implementasi RME.

Dalam hal respon terhadap perubahan, RS X lebih cepat dalam merespon perubahan karena memiliki kendali penuh atas sistem RME yang dikembangkan sendiri. Modifikasi atau pembaruan sistem dapat dilakukan sesuai kebutuhan tanpa bergantung pada pihak eksternal. Kondisi ini membuat proses penyesuaian terhadap kebijakan atau proses bisnis baru dapat dilakukan secara efisien.

Berbeda dengan RS Y yang menggunakan sistem RME hasil kerja sama dengan vendor pihak ketiga, sehingga tingkat fleksibilitas birokrasi dalam merespon perubahan relatif lebih terbatas. Setiap pembaruan sistem atau penyesuaian fitur harus melalui proses koordinasi dengan vendor, yang sering kali memerlukan waktu lama dan bergantung pada kebijakan pihak eksternal. Hal ini menyebabkan beberapa unit di RS Y tidak segera menyesuaikan prosedur kerja ketika terjadi pembaruan sistem.

Sementara itu, RS Z berada pada posisi antara RS X dan RS Y dimana rumah sakit menggunakan sistem pihak ketiga, namun telah membangun tim internal IT dan tim RME yang berfungsi sebagai penghubung antara pengguna dan vendor. Mekanisme ini

membuat RS Z lebih fleksibel dibanding RS Y meskipun belum secepat RS X dalam merespon perubahan.

Secara keseluruhan tingkat fleksibilitas birokrasi dalam merespon perubahan dipengaruhi oleh tingkat kendali organisasi terhadap sistem RME. Rumah sakit yang mengembangkan sistem secara mandiri memiliki kapasitas respons yang tinggi, sedangkan rumah sakit yang bergantung penuh pada vendor eksternal cenderung lebih lambat. RS Z menunjukkan model adaptasi hibrida yang relatif efektif karena memadukan dukungan internal dengan bantuan teknis dari pihak ketiga.

PEMBAHASAN

Pembentukan tim khusus menjadi faktor krusial dalam keberhasilan implementasi sistem RME (Boonstra et al., 2014). Rumah sakit perlu mempertimbangkan sumber daya yang dimiliki dan memilih strategi yang paling sesuai untuk memastikan keberhasilan transformasi digital dalam pengelolaan rekam medis.

Struktur organisasi dengan pembentukan tim khusus memiliki kelebihan antara lain koordinasi lebih terarah, komunikasi lebih konsisten, pelatihan sistematis serta *single point of accountability*. Namun, membutuhkan alokasi SDM, anggaran, dan disiplin dokumentasi yang lebih besar. Struktur organisasi tanpa tim khusus tidak membutuhkan struktur tambahan dan lebih hemat SDM, tetapi menimbulkan hambatan koordinasi, keterlambatan sosialisasi, serta ketergantungan tinggi pada vendor.

Pembentukan tim khusus dapat dimaknai dengan pembentukan tim champion sebagai motor adopsi RME (Gui et al., 2020). Tim champion merupakan kelompok staf berpengaruh dari setiap unit yang memiliki literasi digital memadai dan menjadi rujukan utama dalam penggunaan sistem (Pettersen et al., 2024). Tim champion memiliki peran antara lain menjadi penghubung antara tim khusus dengan pengguna di unit kerja; melakukan *train-the-trainer* dan pendampingan saat *go-live*; menyampaikan umpan balik dari lapangan secara cepat dan sistematis; menjaga mutu data dengan memantau kelengkapan dan akurasi entri rekam medis.

Dengan adanya tim champion jika diterapkan pada 3 rumah sakit tersebut, maka akan bermanfaat yaitu di RS X membantu mengurangi beban tim pengembang *in-house* dan mempercepat perbaikan sistem; di RS Y dapat menjadi Solusi alternatif untuk mengurangi ketergantungan pada vendor, meskipun tidak ada tim khusus; sedangkan di RS Z berfungsi sebagai penerjemah kebutuhan klinis lokal agar lebih mudah dipahami oleh vendor penyedia sistem.

Pembentukan tim champion dalam implementasi RME berpotensi memberikan dampak positif jika disesuaikan dengan karakteristik masing-masing rumah sakit. Pada RS X, yang memiliki sistem RME in-house dan dukungan sumber daya teknologi informasi yang cukup, pembentukan tim champion dapat membantu mengurangi beban kerja tim pengembang internal, mempercepat proses perbaikan sistem, serta menjembatani komunikasi antara pengguna dengan tim IT. Namun, di sisi lain, RS X juga menghadapi risiko tumpang tindih peran antara tim pengembang dan tim champion apabila pembagian tugas tidak diatur secara jelas. Hal ini dapat mengganggu efisiensi kerja dan memperlambat proses pengambilan keputusan teknis.

Pada RS Y, yang memiliki ketergantungan tinggi terhadap vendor eksternal dan keterbatasan SDM internal di bidang teknologi informasi, pembentukan tim champion dapat menjadi solusi alternatif untuk memperkuat kapasitas internal. Namun, kondisi keterbatasan anggaran dan struktur birokrasi yang masih kaku dapat menjadi hambatan, karena pembentukan tim baru berpotensi menambah beban kerja bagi staf yang sudah memiliki tupoksi utama di luar implementasi RME. Oleh karena itu, strategi yang lebih realistis bagi RS Y adalah penunjukan champion individual di setiap unit kerja, bukan pembentukan tim formal, agar tidak menambah struktur dan biaya organisasi.

Sementara itu, RS Z memiliki kondisi yang lebih moderat, dengan dukungan vendor yang masih aktif namun juga sudah membentuk tim koordinasi RME internal. Pada konteks ini, peran tim champion lebih tepat difokuskan sebagai penerjemah kebutuhan klinis lokal agar vendor dapat memahami konteks penggunaan di lapangan secara lebih spesifik. Tantangan utama di RS Z terletak pada keterbatasan waktu dan beban kerja tenaga kesehatan, sehingga pelibatan mereka sebagai champion perlu didukung oleh kebijakan manajerial yang memberi pengakuan formal terhadap peran tambahan tersebut.

Secara keseluruhan, efektivitas tim champion sangat bergantung pada ketersediaan sumber daya manusia, fleksibilitas birokrasi, dan dukungan manajerial di masing-masing rumah sakit. Pada rumah sakit dengan keterbatasan sumber daya, pembentukan tim khusus justru dapat menimbulkan tumpang tindih pekerjaan dan inefisiensi anggaran bahwa salah satu faktor kegagalan adopsi sistem informasi kesehatan adalah ketidaksesuaian struktur organisasi dengan kapasitas sumber daya yang dimiliki. Dengan demikian, pendekatan yang paling efektif adalah penyesuaian bentuk tim

champion secara kontekstual, baik berupa tim formal, koordinator lintas unit, atau peran individu champion yang diberdayakan di tiap bagian.

Melalui tim champion, proses adopsi sistem RME tidak hanya menjadi tanggung jawab manajemen atau tim khusus, tetapi juga menjadi bagian dari budaya kerja seluruh unit rumah sakit (Siebeck & Hoving, 2024). Hal ini meningkatkan rasa memiliki (*ownership*) terhadap sistem, memperkuat keberlanjutan implementasi, serta mempercepat transformasi digital layanan kesehatan (Miech et al., 2018).

Hasil studi internasional menunjukkan bahwa pembentukan tim champion telah terbukti efektif dalam transformasi digital di sektor kesehatan (Greenhalgh et al., 2017). Penelitian di Amerika Serikat dan Eropa menekankan peran champion sebagai agen perubahan yang mampu menjembatani komunikasi antara manajemen, tim teknis, dan tenaga kesehatan (Miech et al., 2018). Mereka berfungsi sebagai *role model* dalam penggunaan sistem, memberikan motivasi, serta memastikan kepatuhan klinis terhadap protokol digital (Pettersen et al., 2024). Rumah sakit di Australia dan Kanada, tim champion dilibatkan sejak tahap perencanaan, uji coba, hingga evaluasi implementasi RME (Wade & Elliott, 2012). Hasilnya, Tingkat kepatuhan pengisian rekam medis meningkat signifikan, beban kerja staf berkurang, dan Tingkat penerimaan sistem lebih tinggi. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian di Indonesia, dimana keterlibatan champion dapat mempercepat adopsi teknologi dan memperkuat integrasi sistem ke dalam alur kerja klinis sehari-hari.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga rumah sakit belum memiliki SOP baku dalam implementasi RME, dan prosedur lebih banyak bersifat adaptif dan informal (pelatihan, sosialisasi, pendampingan). Dari kajian literatur, peran *Standard Operating Procedures* (SOP) dalam sistem informasi kesehatan dan kesehatan klinis sangat penting untuk menjaga konsistensi pelaksanaan, mengurangi variabilitas antar unit, dan memastikan bahwa proses pelatihan, dokumentasi, dan tindak lanjut dilakukan secara sistematis. SOP dan pelatihan tim kerja (*teamwork training*) membantu mengurangi ketergantungan pada memori individu dan meningkatkan keselamatan dan efisiensi dalam seting kesehatan (McCulloch et al., 2016). Dalam konteks implementasi sistem berbasis web, SOP yang jelas dan prosedur penggunaan sistem yang distandarisasi secara signifikan meningkatkan adopsi oleh pengguna klinis dan menurunkan resistensi terhadap perubahan (Bachmann et al., 2019).

Ketiadaan SOP baku dalam implementasi RME seperti dialami dalam studi ini mencerminkan dilema antara kebutuhan akan fleksibilitas adaptif dan kebutuhan akan kepastian prosedur operasional. Dalam teorinya Edwards III menekankan bahwa struktur birokrasi yang efektif memerlukan keseimbangan antara *routines* dan *rules*, prosedur formal memberi kepastian dan akuntabilitas, sedangkan fleksibilitas memungkinkan adaptasi terhadap perubahan lingkungan (teknologi, kebutuhan pengguna, kendala lapangan) (Yuningtyas, 2018).

Berdasarkan temuan ini, meskipun prosedur informal memungkinkan rumah sakit menyesuaikan dengan perkembangan RME yang cepat, ketergantungan pada mekanisme ad-hoc seperti pelatihan sporadis dan pendampingan vendor dapat menyulitkan pencapaian standar layanan dan evaluasi jangka panjang. Oleh karena itu, rekomendasi utama dari penelitian ini adalah agar rumah sakit mulai mengembangkan dan mendokumentasikan SOP minimal untuk modul-modul utama dalam RME (pelatihan pengguna, manajemen data, perubahan versi sistem, penanganan gangguan teknis, dan tindak lanjut evaluasi).

Secara umum, penelitian ini menemukan bahwa ketiga rumah sakit memiliki tingkat fleksibilitas birokrasi yang cukup baik dalam merespons perubahan sistem digital. Namun perbedaan signifikan muncul antara pengembangan internal (RS X) dan penggunaan sistem pihak ketiga (RS Y dan Z). RS X, dengan kendali penuh atas sistem RME, dapat melakukan modifikasi dan perbaikan secara cepat sesuai kebutuhan pengguna dan konteks lokal. Sebaliknya, RS Y dan Z mengalami keterlambatan dalam merespon kebutuhan perubahan karena tergantung pada vendor eksternal.

Temuan ini konsisten dengan literatur yang menunjukkan bahwa *vendor dependency* adalah tantangan besar dalam implementasi sistem kesehatan elektronik. Ketergantungan pada vendor luar menyulitkan penyesuaian terhadap alur kerja lokal, memperlambat respons terhadap kebutuhan pengguna, dan bisa menciptakan “*vendor lock-in*” yang mengurangi otonomi organisasi (Zandieh et al., 2008). Lebih lanjut, keandalan vendor (*vendor reliability*) dan kecepatan respons vendor teknis adalah salah satu kunci keberhasilan implementasi HER, jika vendor lambat merespons masalah atau pembaruan, hal itu bisa mengganggu operasional dan menghambat adopsi suatu sistem (Mindbowser, 2025).

Dalam kerangka Edwards III, fleksibilitas birokrasi berkaitan erat dengan dimensi

routines dan *rules* yang memungkinkan respons terhadap perubahan teknologi secara cepat. Ketika organisasi memiliki kontrol internal terhadap sistem informasi mereka, fleksibilitas struktural lebih nyata dan responsif. Sebaliknya, jika kontrol teknis dikendalikan oleh pihak luar, fleksibilitas birokrasi menjadi terbatas meskipun struktur internalnya adaptif (Yuningtyas, 2018).

Oleh karena itu, meskipun semua rumah sakit dalam penelitian ini relatif responsif terhadap perubahan, efektivitas fleksibilitas birokrasi sangat ditentukan oleh tingkat kemandirian organisasi dalam mengelola sistem RME sendiri atau melalui vendor. Rekomendasi praktik dari penelitian ini adalah agar rumah sakit mengevaluasi strategi “vendor versus pengembangan internal” secara kritis, dengan mempertimbangkan *trade-off* antara kecepatan adopsi versus fleksibilitas adaptasi jangka panjang.

SIMPULAN

Keberhasilan implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) sangat dipengaruhi oleh struktur birokrasi rumah sakit. Rumah sakit yang membentuk tim khusus, seperti Rumah Sakit X dan Z, menunjukkan proses implementasi yang lebih terkontrol, terstruktur, dan efisien dibandingkan Rumah Sakit Y yang tidak memiliki tim khusus. Tim ini berperan penting dalam koordinasi, sosialisasi, dan pelatihan tenaga kesehatan, sehingga percepatan adopsi sistem dapat tercapai. Sebaliknya, rumah sakit yang hanya mengandalkan struktur organisasi yang ada menghadapi hambatan koordinasi dan keterlambatan implementasi. Dari sisi prosedur, ketiga rumah sakit belum memiliki SOP baku terkait penerapan RME, menunjukkan perlunya pengembangan pedoman operasional agar implementasi lebih konsisten, terdokumentasi, dan mudah dievaluasi. Seluruh rumah sakit relatif adaptif terhadap perubahan, namun tingkat fleksibilitas birokrasi bergantung pada model pengelolaan sistem dan kemandirian rumah sakit dalam pengoperasian RME. Untuk menjamin keberhasilan implementasi, rumah sakit disarankan membentuk tim khusus atau bekerja sama dengan pihak ketiga jika sumber daya terbatas. Diperlukan pula kebijakan internal yang mengatur tugas dan tanggung jawab setiap unit, penyusunan SOP baku, serta evaluasi berkala guna mengidentifikasi hambatan dan perbaikan berkelanjutan. Penelitian ini memiliki keterbatasan pada perbedaan karakteristik organisasi antar rumah sakit. Studi selanjutnya disarankan memperluas analisis dengan memasukkan variabel kepemimpinan, kapasitas sumber daya

manusia, dan literasi digital guna memahami dinamika birokrasi dalam transformasi digital layanan kesehatan secara lebih komprehensif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada rumah sakit X, Y, dan Z yang telah memberikan izin penelitian ini. Terima kasih juga kami sampaikan kepada Direktur Poltekkes Kemenkes Semarang dan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro yang memfasilitasi pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, D., Komariah, M., & Somantri, I. (2024). Implementasi Rekam Medis Elektronik di Kalangan Perawat Rumah Sakit: A Scoping Review. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, 10(2), 249–260.
- Bachmann, K. F., Vetter, C., Wenzel, L., Konrad, C., & Vogt, A. P. (2019). Implementation and Evaluation of a Web-Based Distribution System For Anesthesia Department Guidelines and Standard Operating Procedures: Qualitative Study and Content Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21(8), e14482. <https://doi.org/10.2196/14482>
- Boonstra, A., Versluis, A., & Vos, J. F. J. (2014). Implementing electronic health records in hospitals: A systematic literature review. In *BMC Health Services Research* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-370>
- Cresswell, K., & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *International Journal of Medical Informatics*, 82(5), e73–e86. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.10.007>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., A’Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond adoption: A new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11). <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
- Gui, X., Chen, Y., Zhou, X., Reynolds, T. L., Zheng, K., & Hanauer, D. A. (2020). Physician champions’ perspectives and practices on electronic health records implementation: Challenges and strategies. *JAMIA Open*, 3(1), 53–61. <https://doi.org/10.1093/JAMIAOPEN/OOZ051>
- Harisa, D., Revida, E., & Sari, N. M. (2023). Pengaruh Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Arun Lhokseumawe. *Jurnal Kajian Kesehatan Masyarakat*, 3(2), 47–57.

- Kruse, C. S., Kristof, C., Jones, B., Mitchell, E., & Martinez, A. (2016). Barriers to Electronic Health Record Adoption: a Systematic Literature Review. *Journal of Medical Systems*, 40(12). <https://doi.org/10.1007/s10916-016-0628-9>
- Lavender, I. E., Suryawati, C., & Purnami, C. T. (2024). Kepatuhan Dokter dalam Pengisian Rekam Medis di Indonesia: Sebuah Telaah Sistematis. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, 10(1), 151–164.
- Marniati. (2021). *Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan*. Rajawali Pers.
- McCulloch, P., Morgan, L., Flynn, L., Rivero-Arias, O., Martin, G., Collins, G., & New, S. (2016). Safer delivery of surgical services: a programme of controlled before-and-after intervention studies with pre-planned pooled data analysis. *Programme Grants for Applied Research*, 4(19), 1–170. <https://doi.org/10.3310/pgfar04190>
- Miech, E. J., Rattray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A., & Damush, T. M. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. In *SAGE Open Medicine* (Vol. 6). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/2050312118773261>
- Mindbrowser. (2025). *Challenges of Implementing EHR: A Comprehensive Guide*. Mindbrowser. <https://www.mindbrowser.com/challenges-of-implementing-ehr-a-comprehensive-guide/>
- Nurcahyani, I. A., Sugiarsi, S., & Rohmadi. (2024). Hubungan Teknologi dan Organisasi dengan Kepuasan Pengguna dalam Penerapan Sistem Informasi Manajemenn Rumah Sakit (SIMRS) di Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 12(1), 90–95.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. (n.d.). www.peraturan.go.id
- Pettersen, S., Eide, H., & Berg, A. (2024). The role of champions in the implementation of technology in healthcare services: a systematic mixed studies review. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10867-7>
- Pratiwi, I., Ahmad, L. O. A. I., & Effendy, D. S. (2024). Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada Unit Rekam Medis di RSUD Kabupaten Buton Tahun 2023. *Jurnal Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan*, 5(1), 92–101. <http://ojs.uho.ac.id/index.php/jakk->
- Siebeck, O. S., & Hoving, C. (2024). Characteristics of a Successful Nurse Peer Champion in the Implementation of Innovative Digital Technologies in Hospitals: A Qualitative Study. *PEC Innovation*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100339>
- Sugiarto, P., Tri Purnami, C., & Patria Jati, S. (2024). Supporting and Inhibiting Factors in Implementing Electronic Medical Records (EMR) Policy in Indonesia. *BIO Web of Conferences*, 133. <https://doi.org/10.1051/bioconf/202413300038>
- Tri Utami, Y., Ananta Dharma, R., Sari Narulita Br manurung, D., Amanda Sari, D., Aulia Nabila, Y., Wahyudi Putra, S., Mauliyand, S., Muhammad Faris

- Nurfikri, T., Agustina, D., & Kesehatan Masyarakat, F. (2024). Peran Teknologi dalam Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan Rekam Medis Rumah Sakit. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 7(8), 3236–3241. <https://doi.org/10.56338/jks.v2i1.695>
- Wade, Victoria, & Elliott, Jaklin. (2012). The role of the champion in telehealth service development: a qualitative analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(8), 490–492. <https://doi.org/10.1258/jtt.2012.gth115>
- Wahono, K. B., Suprpto, S. I., & Peristiowati, Y. (2025). Analisis Faktor Disiplin Kerja dan Komitmen Organisasi dalam Meningkatkan Kinerja Tenaga Kesehatan Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, 11(1), 181–201.
- Yuningtyas, D. (2018). *Analisis Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Aplikasi*. Rajawali Pers.
- Zandieh, S. O., Yoon-Flannery, K., Kuperman, G. J., Langsam, D. J., Hyman, D., & Kaushal, R. (2008). Challenges to EHR implementation in electronic-versus paper-based office practices. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 755–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0573-5>

Submission	12 September 2025
Review	12 September 2025
Accepted	14 Oktober 2025
Publish	20 November 2025
DOI	10.29241/jmk.v11i2.2389
Sinta Level	3 (Tiga)
 	<p>Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo p-ISSN 2477-0140, e-ISSN 2581-219X, Volume 11 No.2 2025, DOI: 10.29241/jmk.v11i2.2389 Published by STIKES Yayasan RS. Dr. Soetomo. Copyright (c) 2025 Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo. This is an Open Access (OA) article under the CC BY 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).</p>