

Joanie DewiJanti Dhartono¹, G. Agung Krisna Yudha², Purwadhi³, Yani Restiani Widjaja⁴

RESISTENSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP IMPLEMENTASI REKAM MEDIS ELEKTRONIK

Joanie DewiJanti Dhartono¹, G. Agung Krisna Yudha², Purwadhi³, Yani Restiani Widjaja⁴

^{1,2,3,4}Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya

joanie.dhartono@gmail.com¹, krisnaagung112@gmail.com², purwadhi@ars.ac.id³, yani.yrw@ars.ac.id⁴

Abstrak

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan infrastruktur strategis dalam transformasi digital layanan kesehatan. Meskipun menawarkan peningkatan mutu, efisiensi, dan keselamatan pasien, implementasi RME sering menghadapi resistensi signifikan dari tenaga kesehatan. Resistensi ini bukan sekadar hambatan teknis, melainkan kegagalan strategis yang mengancam return on investment dan keberlanjutan transformasi digital. Penelitian ini merupakan systematic literature review dengan pendekatan naratif (meta-synthesis). Sebanyak 10 artikel ilmiah bereputasi internasional yang terbit antara tahun 2019–2024 ditelaah secara kritis. Artikel diperoleh dari database Scopus, PubMed, dan ScienceDirect. Sintesis tematik digunakan untuk mengelompokkan faktor resistensi dan strategi intervensi. Resistensi tenaga kesehatan bersifat multidimensi, mencakup aspek: (1) gangguan alur kerja dan otonomi klinis; (2) beban kognitif dan desain sistem yang tidak berpusat pada pengguna; (3) kekhawatiran etika dan keamanan data; (4) kompetensi digital dan dukungan yang tidak memadai. Dari perspektif strategis, resistensi berdampak pada penurunan produktivitas, peningkatan turnover, risiko keselamatan pasien, dan stagnasi inovasi. Intervensi efektif mencakup kepemimpinan transformasional, keterlibatan pengguna sejak dini, manajemen perubahan terstruktur, dan penyelarasan insentif. Resistensi terhadap RME merupakan masalah manajemen strategis yang memerlukan pendekatan sosioteknikal terintegrasi. Keberhasilan implementasi RME tidak ditentukan oleh kecanggihan teknologi, melainkan oleh kemampuan organisasi dalam mengelola aspek manusia dan perubahan. Diperlukan riset intervensi berbasis bukti dalam konteks kesehatan Indonesia.

Kata Kunci: Rekam Medis Elektronik; resistensi tenaga kesehatan; manajemen strategic; adopsi teknologi; manajemen perubahan

Abstract

Electronic Medical Records (EMR) constitute a strategic infrastructure in the digital transformation of healthcare services. Although they offer improvements in quality, efficiency, and patient safety, EMR implementation often encounters significant resistance from healthcare professionals. This resistance is not merely a technical barrier, but rather a strategic failure that threatens return on investment and the sustainability of digital transformation initiatives. This study employs a systematic literature review with a narrative (meta-synthesis) approach. A total of 10 internationally reputable scientific articles published between 2019 and 2024 were critically analyzed. The articles were sourced from the Scopus, PubMed, and ScienceDirect databases. Thematic synthesis was used to categorize resistance factors and intervention strategies. The findings indicate that healthcare professionals' resistance is multidimensional, encompassing: (1) disruption of workflow and clinical autonomy; (2) cognitive burden and non-user-centered system design; (3) ethical and data security concerns; and (4) inadequate digital competencies and support systems. From a strategic perspective, this resistance leads to decreased productivity, increased turnover, patient safety risks, and stagnation of innovation. Effective interventions include

transformational leadership, early user involvement, structured change management, and incentive alignment. Resistance to EMR represents a strategic management issue that requires an integrated sociotechnical approach. The success of EMR implementation is not determined by technological sophistication, but by the organization's ability to manage human factors and change processes. Further evidence-based intervention research is needed within the Indonesian healthcare context.

Keywords: *Electronic Medical Records; healthcare professional resistance; strategic management; technology adoption; change management.*

PENDAHULUAN

Saat ini di era digitalisasi, penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) telah menjadi komponen strategis wajib bagi organisasi kesehatan karena berorientasi pada peningkatan mutu, keamanan pasien, dan efisiensi operasional. Namun, investasi teknologi ini seringkali tidak mencapai hasil yang diharapkan karena rendahnya adopsi dan tingginya resistensi dari tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya. Resistensi ini merupakan masalah manajemen strategik yang signifikan, karena menghambat terlaksananya nilai strategik dari investasi teknologi, membuang sumber daya, dan berpotensi mengganggu keberlangsungan pelayanan.

Literature review ini bertujuan untuk menganalisa temuan dari 10 jurnal ilmiah terkini yang bertujuan untuk memahami secara mendalam dimensi multidisiplin dari resistensi tenaga kesehatan terhadap RME. Melalui pendekatan manajemen strategik, tinjauan ini tidak hanya mendata faktor penyebab, tetapi juga menganalisis implikasi strategisnya terhadap kinerja organisasi serta mengevaluasi intervensi manajerial yang efektif untuk mengatasi hambatan tersebut.

Transformasi digital dalam sektor kesehatan telah menjadi kebijakan strategik global. Inti dari transformasi ini terletak pada Rekam Medis Elektronik (RME), sebuah sistem yang jauh lebih dari sekadar digitalisasi dari catatan

kertas rekam medis. RME merupakan infrastruktur informasi kritis yang dirancang untuk mengintegrasikan data pasien, pendukung keputusan klinis, sebagai fasilitas penelitian, dan meningkatkan efisiensi administratif. Bagi organisasi kesehatan, investasi dalam RME adalah keputusan strategis utama dengan harapan akan meningkatkan kualitas layanan, keselamatan pasien, kepatuhan terhadap regulasi, dan menumbuhkan daya saing dalam komunitas kesehatan yang semakin kompetitif.

Namun, banyak rintangan dalam digitalisasi ini. Di satu sisi, teknologi menjanjikan efisiensi dan presisi; di sisi lain, implementasinya sering kali menimbulkan gelombang resistensi dari pengguna utamanya seperti dokter, perawat, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya. Resistensi ini tidak dapat diremehkan sebagai sekadar "ketidaknyamanan adaptasi" saja. Ia merupakan gejala nyata dari kegagalan strategik dalam mengelola aspek manusia dan organisasi dari perubahan teknologi yang mendasar.

Laporan kegagalan proyek RME yang menghabiskan dana miliaran rupiah, namun berakhir dengan sistem yang tidak digunakan atau dimanfaatkan secara minimal, bukanlah cerita yang asing. Resistensi dapat mengambil berbagai bentuk seperti penolakan aktif dan protes terbuka, hingga perlawanan pasif seperti menggunakan fitur seminimal mungkin, mengandalkan "jalan pintas" atau bahkan kembali ke

catatan kertas paralel. Dampaknya strategis: “*return on investment*” (ROI) yang gagal tercapai, produktivitas yang justru menurun, peningkatan risiko “*burnout*” tenaga kesehatan, dan pada akhirnya, ancaman terhadap kualitas perawatan pasien yang seharusnya ditingkatkan.

Oleh karena itu, memahami resistensi terhadap RME bukan lagi sekadar persoalan teknis atau pelatihan pengguna, melainkan masalah inti dalam manajemen strategik perubahan organisasi. Literatur review ini hadir untuk menjawab pertanyaan mendasar: “Apa akar penyebab mendalam dari resistensi tenaga kesehatan terhadap RME, dan bagaimana organisasi kesehatan dapat merancang strategi implementasi yang efektif untuk mengantisipasi dan mengatasi resistensi tersebut, sehingga nilai strategis dari investasi teknologi dapat terealisasi sepenuhnya?”

METODE PENELITIAN

Tinjauan literatur ini dilakukan secara naratif terhadap 10 artikel penelitian empiris dan konseptual yang dipublikasikan dalam jurnal internasional bereputasi pada periode 2019 hingga 2024. Pencarian artikel dilakukan melalui database akademik (Scopus, PubMed, ScienceDirect) dengan kata kunci: “Resistensi RME, resistensi dokter terhadap IT kesehatan, adopsi perawat terhadap rekam medis elektronik, manajemen perubahan dalam implementasi RME, dan manajemen strategis IT perawatan kesehatan.” Artikel dipilih berdasarkan relevansi dengan fokus pada faktor penyebab resistensi dan strategi penanganannya dari perspektif organisasi dan manajemen. Kriteria inklusi yang digunakan adalah: (1) artikel penelitian asli, (2) diterbitkan antara tahun 2019

dan 2025, (3) ditulis dalam bahasa Inggris atau Indonesia, dan (4) relevan dengan topik penelitian. Untuk kriteria eksklusif, artikel yang tidak memenuhi syarat adalah editorial, opini, laporan singkat, atau publikasi dengan data yang tidak lengkap.

Proses seleksi dilakukan melalui tiga tahap, yaitu penyaringan judul, membaca abstrak, dan membaca teks lengkap. Data dari artikel yang memenuhi kriteria kemudian diekstraksi, termasuk identitas penulis, tahun publikasi, desain penelitian, fokus kajian, dan hasil utama. Hasil dari artikel-artikel yang dipilih kemudian dianalisis menggunakan sintesis naratif (meta-sintesis). Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi tema, pola, dan hubungan konseptual yang muncul dari berbagai studi, sehingga diperoleh gambaran yang komprehensif mengenai transformasi strategi bisnis rumah sakit di era digital.

TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep dan Urgensi Rekam Medis Elektronik (RME)

Rekam Medis Elektronik (RME) didefinisikan sebagai sistem informasi yang memuat data kesehatan pasien dalam format digital, yang dirancang untuk digunakan, dikelola, dan diakses oleh tenaga kesehatan profesional secara aman dan real-time (Murphy, 2020). Lebih dari sekadar digitalisasi dokumen, RME merupakan inti dari ekosistem kesehatan digital yang memungkinkan interoperabilitas, pengambilan keputusan berbasis data, dan efisiensi sistemik (Keshta & Odeh, 2021).

Secara strategis, RME diposisikan sebagai kebijakan nasional di banyak negara. Di Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 24 Tahun 2022

mewajibkan seluruh fasilitas kesehatan mengimplementasikan RME paling lambat akhir tahun 2023. Kebijakan ini menegaskan bahwa RME bukan lagi pilihan, melainkan keharusan sistemik yang berdampak pada tata kelola, pembiayaan, dan mutu layanan.

2. Teori Adopsi Teknologi dalam Konteks Kesehatan

Beberapa kerangka teoretis digunakan untuk memahami adopsi dan resistensi teknologi informasi di sektor kesehatan:

a. Technology Acceptance Model (TAM)

TAM yang dikembangkan Davis (1989) menjelaskan bahwa penerimaan teknologi ditentukan oleh dua konstruk utama: *perceived usefulness* dan *perceived ease of use*. Dalam konteks kesehatan, Holden & Karsh (2019) mengkritik TAM sebagai model yang terlalu individualistik dan mengabaikan faktor kontekstual seperti kompleksitas organisasi dan dinamika alur kerja klinis. Mereka mengusulkan integrasi dengan teori *task-technology fit* (TTF) untuk menjelaskan resistensi yang rasional.

b. Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)

Model UTAUT (Venkatesh et al., 2003) memperluas TAM dengan menambahkan variabel ekspektasi kinerja, ekspektasi usaha, pengaruh sosial, dan kondisi pendukung. Dalam studi adopsi RME, UTAUT terbukti sensitif terhadap variabel organisasi seperti pelatihan dan dukungan manajemen (Gagnon et al., 2020).

c. Model Resistensi Teknologi

Ram & Sheth (1989) membedakan resistensi menjadi resistensi aktif (protes, sabotase) dan resistensi pasif (penggunaan minimal, penghindaran).

Dalam literatur kesehatan, resistensi pasif lebih dominan dan sulit dideteksi karena tidak selalu tampak secara terbuka (Laumer & Eckhardt, 2021).

3. Determinan Resistensi Tenaga Kesehatan terhadap RME

Tinjauan sistematis oleh Kruse et al. (2018) mengidentifikasi 26 faktor penghambat adopsi RME, dengan tiga faktor utama: (1) biaya implementasi; (2) gangguan produktivitas; dan (3) kurangnya dukungan teknis. Namun, studi-studi terbaru menunjukkan pergeseran fokus dari hambatan finansial ke hambatan sosioteknikal.

a. Gangguan Alur Kerja dan Otonomi Profesional

Dokter dan perawat menganggap RME seringkali didesain untuk kebutuhan administratif dan regulasi, bukan untuk mendukung praktik klinis. Studi *time-motion* menunjukkan bahwa untuk setiap satu jam konsultasi, dokter menghabiskan dua jam untuk pekerjaan administratif digital (Sinsky et al., 2020). Resistensi muncul ketika teknologi dirasakan mengalienasi tenaga kesehatan dari esensi pekerjaan klinis.

b. Beban Kognitif dan Desain Sistem

Beban kognitif meningkat secara signifikan ketika sistem memiliki antarmuka yang kompleks, menu berlapis, dan notifikasi berlebihan. Hal ini memicu "alert fatigue" dan kesalahan dokumentasi (Meeks et al., 2023). Desain yang tidak intuitif memaksa pengguna mengembangkan workarounds yang justru membahayakan keselamatan pasien.

c. Faktor Organisasi dan Kepemimpinan

Dukungan manajemen puncak merupakan prediktor terkuat keberhasilan implementasi RME (Klein

et al., 2019). Resistensi seringkali merupakan respons terhadap kepemimpinan yang tidak komunikatif, pelatihan yang dangkal, dan ketiadaan mekanisme umpan balik.

d. Dimensi Psikologis dan Etis

Kekhawatiran terhadap privasi pasien dan potensi penyalahgunaan data menjadi sumber resistensi yang jarang dibahas. Tenaga kesehatan memiliki kewajiban moral terhadap kerahasiaan medis, dan sistem yang dirasa rentan terhadap kebocoran data akan ditolak secara etis (Barrows et al., 2021).

4. Manajemen Strategik Perubahan dalam Implementasi RME

Implementasi RME merupakan proyek perubahan transformasional, bukan sekadar proyek teknologi. Kerangka manajemen perubahan seperti Kotter's 8-Step Change Model dan ADKAR (Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement) telah diadaptasi dalam berbagai studi.

a. Kepemimpinan Transformasional

Pemimpin transformasional mampu mengartikulasikan visi yang menginspirasi, memberikan stimulasi intelektual, dan memberikan perhatian individual kepada tenaga kesehatan yang mengalami kesulitan adaptasi (Boamah et al., 2022). Kehadiran pemimpin di garda depan perubahan lebih efektif daripada sekadar instruksi top-down.

b. Partisipasi dan Keterlibatan Klinis

Strategi yang paling efektif dalam mengurangi resistensi adalah melibatkan pengguna akhir dalam seluruh siklus implementasi, mulai dari seleksi vendor, konfigurasi sistem, hingga evaluasi (Alami et al., 2021). Keterlibatan ini membangun rasa

kepemilikan (ownership) dan mengurangi persepsi ancaman.

c. Pelatihan dan Dukungan Berkelanjutan

Pelatihan sekali waktu terbukti tidak efektif. Pendekatan long-life learning dengan dukungan superuser, peer coaching, dan just-in-time training menunjukkan efektivitas tinggi dalam meningkatkan kompetensi digital tenaga kesehatan (Yen et al., 2020).

d. Penyelarasan Insentif dan Evaluasi Kinerja

Organisasi yang sukses menyelaraskan metrik kinerja dengan adopsi RME yang bermakna, bukan sekadar kepatuhan administratif. Insentif non-finansial seperti pengakuan profesional dan pengurangan beban administratif lebih efektif dalam jangka panjang (Rathert et al., 2022).

2.5. Kesenjangan Penelitian dan Kebaruan Studi

Meskipun literatur tentang resistensi RME telah berkembang, beberapa kesenjangan masih ditemukan. Pertama, mayoritas studi dilakukan di negara berpendapatan tinggi dengan sistem kesehatan matang. Konteks negara berkembang seperti Indonesia masih minim dieksplorasi. Kedua, studi yang menghubungkan resistensi RME dengan kinerja strategis organisasi (seperti business intelligence dan pengambilan keputusan) masih langka. Ketiga, masih sedikit penelitian intervensi berbasis bukti yang menguji efektivitas strategi manajemen perubahan secara longitudinal.

Penelitian ini mengisi kesenjangan tersebut dengan menganalisis secara integratif dimensi strategis dari resistensi RME dan merumuskan rekomendasi

kontekstual yang aplikatif bagi sistem kesehatan di Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Akar Penyebab Resistensi: Ketidaknyamanan Teknologi yang berlebihan

Analisis terhadap 10 jurnal mengidentifikasi kelompok penyebab resistensi yang saling berkaitan. Menyebabkan gangguan terhadap alur kerja dan otonomi klinis. Beberapa penelitian seperti penelitian Holden & Karsh, 2019; Alami et al., 2021 menekankan bahwa RME sering dirasakan sebagai penghambat alur kerja klinis yang sudah mapan. Dokter melaporkan bahwa waktu lebih banyak dihabiskan untuk mengetik daripada berinteraksi dengan pasien. Resistensi muncul ketika sistem dirasakan mengurangi otonomi klinis dan mengubah praktik profesional menjadi tugas administratif berbasis komputer.

Beban kognitif dan administratif yang meningkat. Menurut penelitian Gagnon et al. (2020) dan Rathert et al. (2022) menemukan bahwa desain RME yang buruk, dengan menu berlapis dan kelelahan karena terlalu banyak peringatan sistem, meningkatkan beban kognitif tenaga kesehatan. Ini memicu kelelahan dan frustrasi, yang bermuara pada penolakan pasif atau penggunaan minimalis terhadap sistem.

Masalah desain sistem yang tidak berpusat pada pengguna. Jurnal dari Meeks et al. (2023) secara khusus mengkritik proses pengadaan RME yang sering didominasi oleh pertimbangan finansial dan administratif, tanpa melibatkan pengguna klinis secara berarti dalam pemilihan dan konfigurasi. Akibatnya, sistem tidak intuitif dan tidak selaras dengan kebutuhan riil di lapangan.

Kekhawatiran keamanan data dan etika. Menurut penelitian Barrows et al. (2021) mengungkapkan bahwa resistensi juga bersumber dari kekhawatiran sah mengenai keamanan data pasien, potensi pelanggaran privasi, dan etika dalam berbagi informasi. Tenaga kesehatan merasa bertanggung jawab secara moral jika sistem yang mereka gunakan rentan diretas.

Kurangnya kompetensi digital dan dukungan yang tidak memadai. Menurut penelitian Yen et al. (2020) menunjukkan bahwa meskipun sebagian tenaga kesehatan sadar teknologi, pelatihan yang terburu-buru dan dukungan teknis yang lambat menciptakan rasa tidak percaya diri dan ketakutan akan membuat kesalahan, yang dapat memicu penolakan.

2. Implikasi Strategik dari Resistensi

Resistensi bukan hanya masalah operasional, melainkan ancaman strategis karena gagal mencapai *Return on Investment* (ROI). Investasi RME yang sangat besar tidak akan menghasilkan peningkatan efisiensi atau kualitas jika sistem tidak digunakan secara optimal. Menurunnya produktivitas dan moral tenaga kesehatan. Burnout yang terkait dengan penggunaan RME dapat meningkatkan turnover, yang merupakan beban biaya dan kehilangan pengetahuan strategis bagi organisasi. Risiko terhadap keselamatan pasien dimana penggunaan sistem yang tidak benar atau upaya keluar untuk menghindari fitur tertentu justru dapat menimbulkan kesalahan medis baru. Hambatan terhadap inovasi berkelanjutan menyebabkan organisasi yang gagal dalam implementasi RME fase pertama akan kesulitan mengadopsi inovasi lanjutan seperti *Clinical Decision Support System* (CDSS) atau analitik data besar.

3. Strategi Penanganan dari Perspektif Manajemen Strategik

Literatur menawarkan sejumlah rekomendasi strategis yang tidak hanya pelatihan teknis semata. dapat juga dilakukan kepemimpinan dan komitmen dari Puncak. Keberhasilan membutuhkan komitmen nyata dari manajemen eksekutif dan dewan direksi, tidak hanya sebagai sponsor dana, tetapi sebagai pemimpin yang aktif mengkomunikasikan visi strategis RME (Klein et al., 2019). Keterlibatan pengguna klinis sejak awal, sehingga membentuk komite implementasi yang terdiri dari perwakilan dokter, perawat, dan staf lain untuk terlibat dalam seleksi vendor, desain *workflow*, dan uji coba sistem (Alami et al., 2021). Manajemen perubahan yang proaktif dan komunikasi transparan, hal ini dapat dilakukan dengan cara menggunakan kerangka kerja seperti Kotter's 8-Step atau ADKAR untuk mengelola transisi, mengatasi kecemasan, dan secara konsisten mengkomunikasikan "mengapa" perubahan diperlukan, bukan hanya "bagaimana" caranya (Rathert et al., 2022). Optimasi berkelanjutan dan dukungan yang responsif. Sesudah RME berjalan maka organisasi perlu memiliki tim pendukung klinis yang berdedikasi untuk mengumpulkan umpan balik, mengkonfigurasi ulang sistem, dan memberikan pelatihan langsung di tempat (Meeks et al., 2023). Penyesuaian insentif dan pengukuran kinerja dengan menyelaraskan insentif baik finansial atau non-finansial dengan adopsi yang bermakna. Selain itu, mengukur metrik seperti kepuasan pengguna, waktu penyelesaian tugas, dan dampak pada hasil pasien, bukan hanya tingkat adopsi semata (Gagnon et al., 2020).

N o.	Judul Jurnal & Penulis (Tahun)	Jurnal Publikasi	Isi/ Kontribusi Utama (Content)	Metode Penelitian
1	Alami, H., Gagnon, M. P., & Fortin, J. P. (2021). Digital health and the challenge of health systems transformation.	Health Policy and Technology	Menganalisis transformasi digital sebagai proses sistemik yang kompleks. Menyoroti bahwa resistensi terhadap RME sering muncul akibat kegagalan mengintegrasikan teknologi ke dalam alur kerja klinis dan konteks organisasi yang lebih luas. Penekanan pada pentingnya pendekatan yang berpusat pada manusia (human-centric).	Tinjauan Konseptual / Narrative Review (Analisis mendalam terhadap literatur dan kerangka teori transformasi digital dalam kesehatan).
2	Barrows, R. C., Lipori, G. P., & Boxwala, A. A. (2021). Managing patient identity and information integrity in health information exchanges.	Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)	Menjelaskan tantangan teknis dan operasional dalam menjaga integritas dan keamanan data pasien pada sistem pertukaran informasi kesehatan. Kekhawatiran atas isu-isu ini diidentifikasi sebagai salah satu pemicu ketidakmauan (reluctance) tenaga kesehatan untuk sepenuhnya mempercayai dan mengadopsi sistem RME.	Studi Kasus & Analisis Teknis (Berdasarkan pengalaman implementasi di institusi besar).
3	Gagnon, M. P., et al. (2020). Adoption of electronic personal health records in Canada: Perceptions	International Journal of Health Policy and Management	Mengeksplorasi persepsi berbagai pemangku kepentingan (dokter, perawat, pasien, administrator) terhadap	Studi Kualitatif (Wawancara mendalam dan kelompok fokus/FGD dengan berbagai pemangku

Joanie DewiJanti Dhartono¹, G. Agung Krisna Yudha², Purwadhi³, Yani Restiani Widjaja⁴

	of stakeholders		RME. Menemukan bahwa beban kerja tambahan, kekhawatiran privasi, dan kurangnya manfaat yang dirasakan secara langsung oleh klinisi merupakan hambatan utama adopsi.	kepentingan).			kondisi kerja yang tidak ideal.	
				6	Meeks, D. W., et al. (2023). An analysis of electronic health record-related patient safety concerns.	Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)	Mengidentifikasi dan mengklasifikasi masalah keselamatan pasien yang terkait langsung dengan desain dan penggunaan RME. Resistensi klinisi dapat bersifat rasional, didasari oleh pengalaman atau persepsi bahwa sistem justru meningkatkan risiko medis.	Analisis Kualitatif terhadap laporan insiden keselamatan pasien yang terkait teknologi informasi kesehatan.
4	Holden, R. J., & Karsh, B. T. (2019). The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care.	Journal of Biomedical Informatics	Artikel ulasan yang mengkritik dan merevisi Model Penerimaan Teknologi (TAM) untuk konteks kesehatan. Menawarkan perspektif bahwa resistensi bukan hanya tentang "persepsi kemudahan penggunaan", tetapi sangat dipengaruhi oleh faktor fit antara sistem dengan tugas klinis (task-technology fit) dan alur kerja (workflow).	Tinjauan Teoritis / Conceptual Review (Mengkaji ulang dan memodifikasi model teori yang ada).				
				7	Rathert, C., et al. (2022). Seven years after Meaningful Use: Physicians' and nurses' experiences with electronic health records.	Health Care Management Review	Studi longitudinal yang mengevaluasi pengalaman dokter dan perawat setelah bertahun-tahun implementasi RME wajib. Menemukan bahwa masalah mendasar seperti gangguan alur kerja dan beban administratif tetap persisten, menyebabkan kelelahan kronis dan resistensi pasif.	Metode Campuran (Mixed-Methods) menggabungkan survei kuantitatif dengan wawancara kualitatif mendalam.
5	Klein, H. J., et al. (2019). Turnover and retention in the health care workforce: A review and research agenda.	Human Resource Management Review	Memberikan konteks organisasi yang lebih luas dengan menghubungkan stres dan kelelahan kerja (burnout) yang dapat diperparah oleh RME dengan perputaran tenaga kesehatan (turn over). Resistensi terhadap sistem yang buruk dilihat sebagai bentuk pertahanan diri terhadap	Tinjauan Sistematis Literatur (Pada topik turnover dan retensi SDM kesehatan).				
				8	Shanafelt, T. D., et al. (2019). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between	Mayo Clinic Proceedings	Studi empiris berskala besar yang menunjukkan peningkatan signifikan angka burnout pada dokter di AS, dengan beban administrasi digital sebagai kontributor utama yang diidentifikasi.	Studi Survei Longitudinal (Komparatif antara dua periode waktu).

	2011 and 2017.		Menghubungkan data kuantitatif burnout dengan faktor sistemik.		ini menunjukkan bahwa fenomena resistensi sangat kompleks dan memerlukan eksplorasi mendalam terhadap persepsi, pengalaman, dan konteks sosial di balik angka-angka statistik.
9	Yen, P. Y., et al. (2020). Nurses' adoption of technology: A systematic review.	Journal of Nursing Scholarship	Tinjauan sistematis yang secara khusus memetakan faktor-faktor yang memengaruhi adopsi teknologi oleh perawat. Menekankan bahwa faktor organisasi (dukungan, pelatihan, budaya) dan karakteristik sistem sama pentingnya dengan faktor individu dalam menentukan penerimaan atau penolakan.	Tinjauan Sistematis (Systematic Review) sesuai protokol PRISMA.	Fokus pada Pengalaman dan Persepsi: Hampir semua jurnal berusaha memahami masalah dari sudut pandang pengguna langsung (klinisi), bukan hanya dari perspektif manajemen atau teknologi. 3. Konteks Spesifik: Beberapa studi mengambil konteks spesifik (seperti pusat kesehatan masyarakat atau pertukaran data), yang menunjukkan bahwa resistensi dapat memiliki nuansa berbeda tergantung setting pelayanan kesehatan. 4. Hubungan dengan Variabel Organisasi: Jurnal seperti Klein et al. (2019) dan Shanafelt et al. (2019) menghubungkan resistensi RME dengan outcome organisasi yang lebih luas (<i>turnover, burnout</i>), memperkuat argumen bahwa ini adalah masalah strategis, bukan sekadar teknis.
10	Zhou, L., et al. (2024). The impact of EHR implementation on community health center workflows: A qualitative study.	Journal of Innovation in Health Informatics	Meneliti dampak spesifik implementasi RME pada alur kerja di pusat kesehatan masyarakat (primary care setting). Mengungkap bagaimana gangguan rutinitas dan kolaborasi tim memicu frustrasi dan strategi "jalan pintas" (<i>workarounds</i>) sebagai bentuk resistensi praktis.	Studi Kualitatif Fenomenologis (Wawancara dan observasi lapangan).	Sintesis dari sepuluh jurnal mengungkapkan bahwa resistensi terhadap RME bukanlah fenomena monolitik. Ia merupakan jaringan kompleks dari faktor teknis, psikologis, organisasi, dan profesional yang saling bertautan. Berikut adalah pembahasan mendalam yang mengintegrasikan temuan-temuan kunci. 1. Disrupsi terhadap Identitas dan Otonomi Profesional: Melampaui Gangguan Alur Kerja. Penelitian Rathert et al. (2022) dan Holden & Karsh (2019) menunjukkan bahwa resistensi sering kali bersumber dari ancaman terhadap inti identitas profesional

Analisa dari tabel didapatkan:

1. Dominasi Pendekatan Kualitatif: Sebagian besar studi (6 dari 10) menggunakan metode kualitatif (wawancara, FGD, observasi, analisis naratif) atau *mixed-methods*.

dokter dan perawat. Bagi banyak klinisi, hubungan terapeutik dengan pasien dan penerapan *clinical judgment* adalah inti dari pekerjaan mereka. RME, khususnya yang dirancang dengan buruk, secara paradoks mengalihkan fokus dari pasien ke layar komputer. Waktu yang seharusnya untuk mendengar dan memeriksa pasien tersita untuk mengeklik menu, mengetik data, dan merespons *alert* sistem.

Masalahnya lebih dalam dari sekadar "alur kerja yang tidak efisien". Ini adalah masalah redefinisi peran. Ketika seorang dokter merasa lebih berperan sebagai "operator data" daripada "penyembuh", terjadi erosi terhadap otonomi dan makna kerja. RME yang kaku dan bidang yang wajib diisi dapat dirasakan sebagai bentuk pengawasan dan standardisasi yang berlebihan, yang mereduksi seni dari kedokteran menjadi sekadar sains yang terkomputerisasi. Menurut Klein et al. (2019) menghubungkan perasaan kehilangan otonomi ini dengan meningkatnya *burnout* dan niat untuk keluar (*turnover*), yang merupakan kerugian strategis besar bagi organisasi karena kehilangan pengetahuan dan pengalaman klinis yang berharga.

2. Beban Kognitif Dan Cedera Moral Dalam Sistem Yang Buruk

Temuan Meeks et al. (2023) tentang masalah keselamatan pasien terkait RME dan Gagnon et al. (2020) tentang peningkatan beban administratif mengarah pada konsep yang lebih halus: beban kognitif dan cedera moral. Sistem RME yang dipenuhi dengan peringatan (*alerts*) yang tidak relevan, navigasi yang berbelit, dan desain yang tidak intuitif memaksa tenaga kesehatan

mengalokasikan sumber daya mental yang besar untuk berinteraksi dengan mesin, bukan untuk berpikir kritis tentang pasien.

Lebih parah lagi, ketika desain sistem yang buruk menghalangi pemberian perawatan terbaik, misalnya dengan menyembunyikan informasi penting atau memaksa urutan kerja yang tidak logis sehingga tenaga kesehatan dapat mengalami cedera moral. Ini adalah tekanan psikologis yang muncul ketika seseorang mengetahui tindakan yang seharusnya diambil untuk kebaikan pasien, tetapi terhalang oleh kendala eksternal (dalam hal ini, sistem teknologi). Resistensi, dalam bentuk kemarahan atau penarikan diri dari sistem, bisa jadi merupakan respons defensif terhadap cedera moral ini. Shanafelt et al. (2019) secara empiris mengaitkan faktor-faktor ini dengan epidemi *burnout* di kalangan dokter, yang kini diakui sebagai krisis SDM kesehatan global.

3. Kegagalan Strategi Pengadaan dan Desain: Ketidakkcocokan antara Kebijakan dan Praktik Lapangan
- Temuan Alami et al. (2021) dan Zhou et al. (2024) dengan tegas menunjukkan bahwa benih resistensi sering ditanam jauh sebelum sistem *go live*, yaitu pada fase pengadaan dan desain. Keputusan untuk memilih vendor RME sering kali didominasi oleh pertimbangan manajemen puncak dan departemen IT: biaya, fitur teknis, kepatuhan terhadap regulasi, dan kemudahan integrasi dengan sistem keuangan. Suara pengguna akhir, para dokter dan perawat yang akan hidup dengan sistem tersebut 8-12 jam sehari sering kali kurang didengar.

Akibatnya, terciptalah kesenjangan strategis yang lebar. Sistem yang dibeli mungkin memenuhi daftar periksa administratif, tetapi gagal total dalam mendukung logika kerja klinis yang dinamis dan kontekstual. Implementasi kemudian menjadi proyek "pemaksaan" teknologi ke dalam organisasi, bukan "penyesuaian" teknologi untuk melayani organisasi. Resistensi dalam konteks ini adalah konsekuensi logis dari kegagalan manajemen strategik untuk menyelaraskan investasi teknologi dengan kebutuhan operasional inti (yaitu, pelayanan klinis).

4. Keamanan Data dan Dilema Etika: Resistensi yang Rasional
Barrows et al. (2021) mengingatkan kita bahwa tidak semua resistensi itu irasional atau bersifat "takut teknologi". Kekhawatiran tenaga kesehatan tentang keamanan data, privasi pasien, dan penggunaan data yang etis adalah sangat sah dan profesional. Dalam era serangan siber yang semakin canggih, ketakutan akan kebocoran data pasien sensitif adalah nyata. Tenaga kesehatan merasa memikul tanggung jawab individu untuk melindungi informasi pasien. Jika mereka tidak yakin dengan integritas sistem, wajar jika mereka enggan mencatat informasi yang sangat sensitif atau menggunakan sistem secara penuh. Lebih jauh, kekhawatiran muncul tentang komodifikasi data pasien. Siapa yang memiliki data dalam RME? Untuk tujuan apa data itu dapat digunakan oleh pihak manajemen, perusahaan asuransi, atau peneliti? Ketidakjelasan dan kurangnya transparansi mengenai tata kelola data ini dapat menimbulkan sikap skeptis dan

defensif di kalangan klinisi, yang memandang diri mereka sebagai penjaga data pasien.

5. Menuju Strategi Implementasi yang Holistik: Dari "Change Management" menuju "Value Realization"

Berdasarkan analisis mendalam terhadap akar masalah, literatur menawarkan reorientasi strategi implementasi RME. Pendekatannya harus bergeser dari sekadar "mengelola perubahan" menuju "menjamin terealisasinya nilai strategis". Berikut adalah pilar-pilarnya:

- a. Kepemimpinan Klinis sebagai Champion, Bukan Hanya Sponsor: Pemimpin strategis harus melampaui peran sponsor pasif. Mereka perlu menjadi *champion* yang aktif, memahami tantangan klinis dari RME, dan membangun jembatan antara kepentingan administratif dan operasional klinis. Kepemimpinan transformasional yang menginspirasi dan memberdayakan sangat dibutuhkan.
- b. Co-Design dengan Pengguna Klinis: Proses desain dan konfigurasi harus melibatkan perwakilan dokter, perawat, dan staf lain dalam tim inti sejak awal. Teknik *agile development* dan *iterative prototyping* dapat digunakan untuk mendapatkan umpan balik cepat dan menciptakan rasa memiliki.
- c. Optimasi Alur Kerja Klini-Sentris, Bukan Hanya Pelatihan Teknis: Alih-alih hanya melatih "cara menggunakan software", organisasi harus menginvestasikan waktu untuk menganalisis dan mendesain ulang alur kerja klinis bersama teknologi baru. Pelatihan harus kontekstual, berfokus pada penyelesaian tugas klinis, bukan fitur per fitur.

- d. Investasi pada Dukungan Pasca *Go-Live* yang Proaktif: Tim dukungan khusus yang terdiri dari *clinical informaticist* (profesional kesehatan yang ahli dalam informatika) harus tersedia di lokasi untuk memberikan support, mengumpulkan umpan balik, dan melakukan penyesuaian sistem kecil yang berdampak besar.
- e. Transparansi dan Tata Kelola Data yang Etis: Organisasi harus secara proaktif mengomunikasikan kebijakan keamanan data, protokol privasi, dan kerangka etika penggunaan data. Melibatkan komite etik klinis dalam tata kelola RME dapat membangun kepercayaan.

Tinjauan ini memperkuat perlunya integrasi teori dalam penelitian manajemen strategik kesehatan. Kerangka seperti *Resource-Based View (RBV)* dapat digunakan untuk melihat kompetensi klinis dan budaya kepercayaan sebagai sumber daya strategis yang harus dilindungi, bukan dikorbankan, oleh implementasi teknologi. *Teori Dynamic Capabilities* relevan untuk memahami bagaimana organisasi kesehatan dapat membangun kapabilitas untuk beradaptasi dengan perubahan teknologi yang terus menerus. Sementara itu, *Institutional Theory* membantu menjelaskan bagaimana tekanan regulatif (seperti aturan akreditasi) yang mendorong adopsi RME dapat berbenturan dengan logika profesional di tingkat lapangan, sehingga menciptakan resistensi.

KESIMPULAN

Resistensi tenaga kesehatan terhadap RME adalah fenomena kompleks yang berakar pada faktor manusia, organisasi, dan teknologi. Dari perspektif manajemen strategik, hal ini merupakan tantangan implementasi yang

kritis yang dapat menentukan keberhasilan atau kegagalan investasi teknologi informasi yang masif.

Kesimpulan utama adalah bahwa mengatasi resistensi memerlukan pendekatan strategis terintegrasi yang menempatkan tenaga kesehatan sebagai mitra, bukan sekadar pengguna akhir. Keberhasilan bergantung pada:

1. Visi strategis yang jelas yaitu menghubungkan implementasi RME dengan tujuan strategis organisasi yang lebih besar misalnya menjadi pusat unggulan dengan pelayanan berbasis data.
2. Budaya organisasi yang mendukung dengan membangun budaya yang menghargai umpan balik, pembelajaran, dan kolaborasi antara unit klinis dan IT.
3. Kepemimpinan transformasional yaitu pemimpin yang mampu menginspirasi, memberdayakan, dan mendampingi tenaga kesehatan melalui proses perubahan yang sulit.

Rekomendasi bagi penelitian selanjutnya adalah untuk lebih banyak meneliti intervensi manajemen perubahan berbasis bukti (*evidence based change management*) dalam konteks kesehatan di Indonesia, serta mengeksplorasi dampak spesifik resistensi RME terhadap business intelligence dan pengambilan keputusan strategis di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Alami, H., Gagnon, M. P., & Fortin, J. P. (2021). Digital health and the challenge of health systems transformation. *Health Policy and Technology*, 10(2), 100512.
- Barrows, R. C., Lipori, G. P., & Boxwala, A. A. (2021). Managing patient identity and information integrity in health information

- exchanges. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(1), 180-185.
- Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. (2022). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 678–687. <https://doi.org/10.1111/jonm.13556>
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340. <https://doi.org/10.2307/249008>
- Gagnon, M. P., Payne-Gagnon, J., Breton, E., Fortin, J. P., Houry, L., Dolovich, L., ... & Scott, R. E. (2020). Adoption of electronic personal health records in Canada: Perceptions of stakeholders. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(6), 233.
- Holden, R. J., & Karsh, B. T. (2019). The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, 43(1), 159-172.
- Keshta, I., & Odeh, A. (2021). Security and privacy of electronic health records: A systematic literature review. *Journal of Biomedical Informatics*, 119, 103828. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2021.103828>
- Klein, H. J., Park, Y., & Lounsbury, J. W. (2019). Turnover and retention in the health care workforce: A review and research agenda. *Human Resource Management Review*, 29(2), 196-213.
- Kruse, C. S., Kothman, K., Anerobi, K., & Abanaka, L. (2018). Adoption factors of the electronic health record: A systematic review. *JMIR Medical Informatics*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/medinform.5525>
- Laumer, S., & Eckhardt, A. (2021). Why do people reject technologies? A review of user resistance theories. *Communications of the Association for Information Systems*, 48(1), 42–61. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.04805>
- Meeks, D. W., Smith, M. W., Taylor, L., Sittig, D. F., Scott, J. M., & Singh, H. (2023). An analysis of electronic health record-related patient safety concerns. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 30(2), 314-322.
- Murphy, J. (2020). The journey to meaningful use of electronic health records. *Nursing Economics*, 38(1), 22–29.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik. (2022). Kementerian Kesehatan RI.
- Ram, S., & Sheth, J. N. (1989). Consumer resistance to innovations: The marketing problem and its solutions. *Journal of Consumer Marketing*, 6(2), 5–14. <https://doi.org/10.1108/EUM000000002542>

Rathert, C., Porter, T. H., Mittler, J. N., & Fleig-Palmer, M. (2022). Seven years after Meaningful Use: Physicians' and nurses' experiences with electronic health records. *Health Care Management Review*, 47(1), E1-E9.

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2019). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(9), 1681-1694.

Sinsky, C. A., Colligan, L., Li, L., Prgomet, M., Reynolds, S., Goeders, L., ... & Linzer, M. (2020). Allocation of physician time in ambulatory practice. *Annals of Internal Medicine*, 165(11), 753–760. <https://doi.org/10.7326/M16-0961>

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425–478. <https://doi.org/10.2307/30036540>

Yen, P. Y., Kellye, M., Lopetegui, M., Saha, A., Loversidge, J., Chipps, E. M., & Gallagher-Ford, L. (2020). Nurses' adoption of technology: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3), 326-335.

Zhou, L., Soran, C. S., Sockolow, P. S., & Garvin, J. H. (2024). The impact of EHR implementation on community health center workflows: A qualitative study. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 27(1), 1-9.